

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

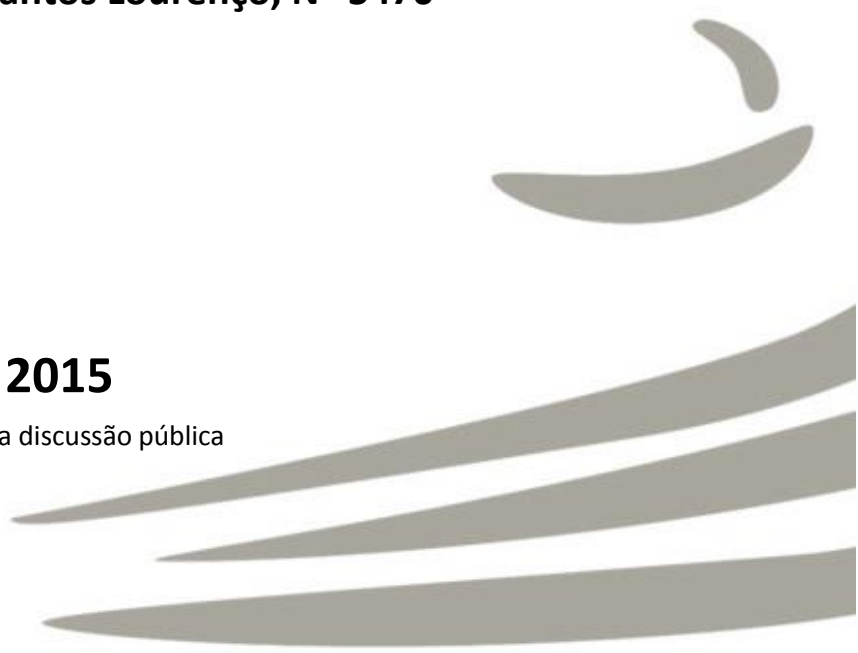
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Avaliação e Promoção do Desenvolvimento Infantil - Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria -

Ana Patrícia dos Santos Lourenço, Nº 5470

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Avaliação e Promoção do Desenvolvimento Infantil - Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria -

Ana Patrícia dos Santos Lourenço, Nº 5470

Professora Maria Manuela Soveral

2015



RESUMO

Os Enfermeiros exercem um papel cada vez mais fulcral na transmissão de orientações antecipatórias relativas à manutenção de um ambiente seguro e estimulante. Os pais, ao serem os primeiros e principais prestadores de cuidados da criança, tornam-se um dos alvos prioritários de intervenção, no que diz respeito a comportamentos que sejam promotores do desenvolvimento.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), as esferas de ação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) tornam claros os seus focos de intervenção, sendo eles: a **promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem**, visando a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, através da orientação antecipatória às famílias; a **gestão do bem-estar da criança**; e a **deteção precoce e o encaminhamento de situações** que possam afetar negativamente a vida, ou a qualidade de vida da criança e família.

No contexto da avaliação do desenvolvimento infantil, torna-se crucial a existência de conhecimentos especializados na área, assim como uma comunicação eficaz com os pais/cuidadores da criança, estabelecendo estratégias de parceria no que se refere a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2010).

Este relatório tem como propósito descrever objetivamente as experiências e atividades desenvolvidas durante os diversos contextos de estágio, através da análise crítica e da reflexão pessoal acerca dos contributos deste percurso, tendo por base o tema: “Avaliação e Promoção do Desenvolvimento Infantil - Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria”.

De modo a fundamentar as minhas práticas, baseei-me no Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, visto ser um instrumento útil para a maximização de comportamentos promotores de saúde numa variedade de contextos e situações.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Avaliação do desenvolvimento; Promoção do Desenvolvimento; Promoção da Saúde; Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

ABSTRACT

Nurses play an increasingly crucial role in the transmission of preventive guidance on the maintenance of a safe and stimulating environment. Parents, being the first and foremost of the child care providers, become one of the priority targets for intervention with regard to behaviours that are promoters of development.

According to the Nursing Order (2011), the Pediatric Clinical Nurse Specialist (EESIP) spheres of action make clear their intervention focuses, namely: **promoting growth and development of children, teenager and youth**, with preventive guidance to families, in order to maximize child's potential development; **management of the child's well-being; early detection and referral of situations** that may negatively affect the life, or quality of child and family's life.

Whilst assessing child development, specialized knowledge in the area is crucial, along with an excellent communication with the parents/carers of the child, establishing partnership strategies regarding to the promotion of child development behaviours (OE, 2010).

This report aims to objectively describe the experiences and activities during the internship, through critical analysis and personal reflection of the contributions of this journey, concerning the theme "Assessment and Child Development Promotion - Contributions of Pediatric Clinical Nurse Specialist".

To support my practice, I followed the Nola Pender Promoting Health Model, since it constitutes a useful instrument for the maximization of health-promoting behaviors in a variety of contexts and situations.

Keywords: Child development; Development's Assessment; Development's Promotion; Health Promotion; Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics.

AGRADECIMENTOS

No culminar desta experiência quero deixar os meus sinceros agradecimentos:

Aos meus pais, que me deram todo o apoio desde o início, em todos os aspetos e em muitos momentos...

Ao Pedro, que dá mais sentido à minha vida...

A todos os Professores e em especial à Professora Maria Manuela Soveral, por todas as suas orientações neste percurso...

À Filipa Frade, Ana Sofia Lopes e Ana Rita Figueira, que vivenciaram comigo as dificuldades em gerir o tempo académico com o tempo profissional e familiar...

Às minhas colegas de trabalho, que me permitiram ultrapassar esta experiência de uma forma mais facilitadora, trocando turnos e ouvindo-me pacientemente...

À minha amiga Ana Leitão, que se disponibilizou para me dar todo o seu apoio nesta etapa final...

Aos Enfermeiros que me receberam nos seus locais de trabalho e aceitaram partilhar comigo o seu *Cuidar Pediátrico*, ajudando-me a refletir e a crescer profissionalmente...

Por fim, a todas as crianças com quem me cruço diária e profissionalmente, e que de uma forma muito especial fazem com que os meus cuidados se “nutram de afeto”...

A Todos um Muito Obrigada!

“Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CCF – Cuidados Centrados na Família

CS – Centro de Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

ELI - Equipa Local de Intervenção

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EMLA® – *Eutectic Mixture of Local Anesthetic*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

NIDCAP - *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* - Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Recém-Nascido

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RNs – Recém-nascidos

SGS II – *Schedule of Growing Skills II* - Escala das Competências de Desenvolvimento Infantil

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

0. - NOTA INTRODUTÓRIA.....	10
1. - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	14
1.1 - Promoção da Saúde – O modelo de promoção da saúde de Nola Pender.....	14
1.2 - Desenvolvimento Infantil.....	18
1.3 - Teorias do Desenvolvimento.....	20
1.4 - Cuidados Centrados na Família.....	23
1.4.1 - Cuidados não-traumáticos.....	25
1.5 - Contributos do EESIP na Avaliação e Promoção do Desenvolvimento Infantil.....	27
1.5.1 - Cuidados Promotores do Desenvolvimento.....	30
1.6 - Instrumentos de Avaliação de Desenvolvimento Infantil.....	32
2. - APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA.....	35
2.1 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	36
2.2 - Urgência Pediátrica.....	44
2.3 - Centro de Desenvolvimento da Criança.....	51
2.4 - Internamento de Pediatria (Cirurgia Pediátrica).....	57
2.5 - Cuidados de Saúde Primários (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados).....	63
2.6 - Implicações do tema para a prática.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
APÊNDICES E ANEXOS	
- Apêndice I - Diapositivos da Sessão destinada à Equipa de Enfermagem da UCIN: Método Canguru;	
- Apêndice II - Diapositivos da Sessão destinada aos pais de RNs internados na UCIN: Método Canguru;	

- **Apêndice III** - Compêndio da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada (Urgência Pediátrica);
- **Apêndice IV** - Documento relativo à temática dos Stressores da Hospitalização (Internamento de Cirurgia Pediátrica);
- **Apêndice V** - Folheto – Desenvolvimento Infantil (UCSP) – 0 a 6 meses;
- **Apêndice VI** - Folheto – Desenvolvimento Infantil (UCSP) – 9 meses a 2 anos;
- **Anexo I** - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender;
- **Anexo II** – Diagrama referente à Avaliação do Desenvolvimento Infantil.

NOTA INTRODUTÓRIA

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No 3º Semestre do curso supracitado foi solicitada a elaboração de um Relatório de Estágio, com o principal objetivo de constituir um trabalho de descrição e reflexão pormenorizadas acerca das atividades desenvolvidas enquanto mestranda, no âmbito dos diversos locais de estágio. Pretende-se refletir e relacionar os conhecimentos teóricos com as competências desenvolvidas em contexto de interação com a criança, jovem e família.

Apesar de exercer funções na área da Saúde Infantil e Pediatria há quase nove anos, considerei fundamental, para além das competências já adquiridas, desenvolver competências especializadas no âmbito do cuidar da Criança e Família. Após reflexão individual e levantamento das necessidades formativas pessoais e em termos profissionais, baseados no gosto pessoal e no contexto da minha prática de cuidados, surgiu a temática para ser desenvolvida em contexto de estágio: “Avaliação e Promoção do Desenvolvimento Infantil - Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria”.

A temática selecionada emergiu do meu contexto atual de cuidados – Consultas Externas de Pediatria, em que diariamente tenho contacto com crianças e pais de recém-nascidos (RNs) e lactentes, fornecendo orientações antecipatórias face às etapas de desenvolvimento, tendo sentido vontade em desenvolver competências na área da temática supracitada. Para além disso, existe uma Consulta de Desenvolvimento em que há necessidade que Enfermeiros com conhecimentos/formação na área realizem avaliações estruturadamente, utilizando a Escala das Competências de Desenvolvimento Infantil (SGS II), e cujos resultados sejam partilhados com a Pediatra do Desenvolvimento e Equipa Multidisciplinar. Desta situação, surgiu, assim, a vontade de aprofundar conhecimentos na área, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados às crianças e famílias alvos dos meus cuidados e de estruturar e organizar a realização destas avaliações no meu contexto profissional.

A estimulação oferecida pelo meio ambiente provém das condições que este oferece à criança. O Enfermeiro é considerado um elemento estimulador, e é dele, dos pais e família, que dependem as experiências que possam ser proporcionadas à criança dentro do ambiente de cuidados, quer a nível hospitalar, quer a nível dos Cuidados de Saúde Primários/contexto de ambulatório. Desta forma, no que concerne à Saúde Infantil, os Enfermeiros assumem um papel preponderante na orientação e aconselhamento dos pais nas inúmeras oportunidades de cuidados à criança. É esperado que tenham em consideração a sua unicidade, individualidade, idade cronológica e estágio evolutivo, o que requer o conhecimento do que contribui, ou impede, o seu desenvolvimento.

Deste modo, o presente relatório de estágio, personalizado pelo relato das experiências por mim vivenciadas em cada local, foi elaborado com base na análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas durante a Unidade Curricular Estágio com Relatório.

O período de estágio decorreu entre 4 de Outubro de 2014 e 11 de Fevereiro de 2015, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Serviço de Urgência Pediátrica, Centro de Desenvolvimento da Criança, Internamento de Pediatria e em Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, com o intuito de implementar o projeto sobre o tema referenciado e anteriormente definido.

Este relatório encontra-se organizado em três partes: a presente nota introdutória, que contempla uma breve identificação e justificação da temática no enquadramento de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; o desenvolvimento, que engloba o enquadramento concetual, onde se abordam o conceito de Promoção de Saúde, sendo apresentado o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, a temática do Desenvolvimento Infantil, as Teorias do Desenvolvimento, Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e dos Cuidados não-traumáticos, os contributos do EESIP na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, onde faço referência aos Cuidados Promotores do Desenvolvimento e, por último, os instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil.

É realizada uma reflexão acerca das aprendizagens e do desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas do EESIP, apresentando os objetivos previamente propostos e fazendo a descrição e análise das atividades

desenvolvidas em cada campo de estágio. Seguidamente, serão abordadas as implicações destas experiências para a prática, e para concluir, apresentar-se-ão as considerações finais.

Nos Apêndices e Anexos serão apresentadas atividades realizadas no decurso dos estágios, assim como informação, que complementa o que vai sendo relatado no presente relatório.

Ambiciona-se apresentar o que foi desenvolvido ao longo de todo o percurso de estágio, enfatizando a abordagem efetiva do desenvolvimento infantil, mais concretamente em termos da sua avaliação e promoção, tendo-se procurado dar respostas adequadas ao projeto de saúde de cada criança e família, no sentido da promoção da saúde da unidade familiar, levando-a a adotar comportamentos promotores do desenvolvimento infantil, nos vários contextos de cuidados.

No sentido do desenvolvimento e aquisição de competências específicas do EESIP nesta área de atuação, pretendo contextualizar a problemática selecionada, uma vez que cabe aos Enfermeiros, através da sua formação experiencial sustentada em saberes e evidência científica, o acompanhamento individualizado e holístico dos clientes e família.

O **modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender** foi o selecionado para a fundamentação da temática em estudo e dos cuidados prestados. Este tem sido um modelo amplamente utilizado por muitos pesquisadores americanos, asiáticos e europeus, para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002).

O objetivo geral do meu Projeto de estágio, aplicado nos diversos contextos clínicos, apresentado neste relatório, consistiu em integrar a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, na assistência de Enfermagem à criança e família, no âmbito das competências específicas preconizadas para o EESIP.

O enfoque na área do desenvolvimento infantil e o interesse e relevância atribuídos às avaliações deste parâmetro são cada vez mais notórios, fundamentados nos estudos no âmbito da importância das experiências precoces e na evidência de que uma identificação atempada de problemas pode prever melhores resultados, evitando perda no potencial de desenvolvimento da criança (Halfon *et al.*, 2004).

É também bastante relevante que o EESIP estimule **atividades promotoras de desenvolvimento**, fornecendo orientações aos pais. A OE reconhece a

necessidade de se continuar a aprofundar conhecimentos na área deste projeto e a investir na formação, quer em contexto académico, quer profissional, frisando, também, que há a necessidade de “ (...) fomentar trabalhos de investigação neste campo, de forma a obter respostas mais assertivas / proactivas às necessidades atuais” (OE, 2010, p. 99).

O referido levou a que desse primazia a este tema, que me suscitou algumas questões: Será que atualmente os Enfermeiros, e nomeadamente os EESIP, dão um real enfoque à avaliação e promoção do desenvolvimento infantil? Descurarão as oportunidades de avaliação/promoção do mesmo, sobrevalorizando outras? Com que frequência mobilizam atividades promotoras do desenvolvimento da criança, nos variados contextos da sua prática? Em contexto de internamento de Pediatria, valorizarão o conceito do desenvolvimento infantil e a sua promoção? Recorrem a instrumentos ou escalas de rastreio/avaliação, como a Escala de avaliação do desenvolvimento infantil segundo *Mary Sheridan*, ou a *Schedule of Growing Skills II*? Dão oportunidade aos pais/família para exporem as suas dúvidas e receios face ao crescimento e desenvolvimento do seu filho? No decorrer de uma avaliação dão espaço à família e centram a sua intervenção na mesma, ou incidem primordialmente, ou unicamente, na criança? Será que a prestação de cuidados em contextos diferentes influencia as práticas, nomeadamente em relação ao envolvimento da família?

É com base nestas questões e na determinação em melhorar a minha atuação nesta área particular, que defini previamente os objetivos específicos e atividades apresentados neste relatório, tendo sempre por base as Competências Específicas do EESIP.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo será inicialmente apresentado o modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender, que constitui o modelo teórico selecionado para a justificação da minha prática de cuidados ao longo do percurso de estágio. Seguidamente, serão abordados: a temática do desenvolvimento infantil; as teorias do desenvolvimento; a filosofia dos Cuidados Centrados na Família e dos Cuidados não-traumáticos; os contributos do EESIP na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, integrando a temática dos Cuidados Promotores do Desenvolvimento e, no último ponto deste capítulo, os instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil serão especificados.

1.1. Promoção da Saúde – O modelo de promoção da saúde de Nola Pender

É no seguimento da Declaração de Alma-Ata, em 1978, e com o desenvolvimento da Carta de Promoção da Saúde, adotada em Ottawa, em 1986, que este conceito começou teoricamente a ser equacionado, debatido e verdadeiramente valorizado. Seguiu-se a Declaração de Jacarta, em 1997, com vista a responder aos desafios da Promoção da Saúde no século XXI e, por último, a 5ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde, subordinada ao tema: Rumo a uma Maior Equidade. A Promoção da Saúde constitui “uma intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona” (Graça, 2000, p.77).

Existe também ampla referência a esta temática em documentos nacionais, como a Lei de Bases da Saúde que, na alínea a) do n.º 1, no capítulo I, base II, refere “a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado”. Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros (OE), no documento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (OE, 2001, p.12). Em continuidade, o Modelo de Desenvolvimento Profissional perspetiva a área de especialização – Saúde da criança e do jovem

como “dirigida aos projectos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2009, p. 7).

A **Promoção de Saúde** pode ser definida como “o processo que permite às pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la” (WHO, 1986, p. 2). Visa elevar o estado de saúde de indivíduos e comunidades, capacitando-os (“*to empower*”), de forma a terem mais controlo sobre os aspetos da vida que afetam a sua saúde. Estes dois elementos (melhorar a saúde e ter maior controlo sobre ela) são fundamentais para os objetivos e processos da promoção de saúde (Carvalho, 2007).

Quanto ao conceito de Educação para a Saúde, Tones&Tiford (1994, p.11) referem que se trata de “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença”.

Segundo Bellman, Lingam, & Aukett (2003), a Promoção da Saúde, a avaliação e o rastreio de possíveis alterações no desenvolvimento não são realidades isoladas, devendo constituir o foco preferencial, a nível da saúde infantil, de todos os profissionais com intervenções direcionadas à família, para que esta possa ficar dotada de competências de interação com a criança e a ajude a desenvolver todo o seu potencial.

Os Enfermeiros, quer devido ao contacto contínuo com os utentes, quer à preparação académica, são profissionais que têm um papel preponderante na implementação de medidas promotoras de saúde (Pender *et al.*, 2002).

O **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender** surge como uma proposta para integrar a Enfermagem na ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis. Consiste num guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos a se ajustarem a comportamentos promotores de saúde. Nola Pender (2002) defende: “*Allowing clients to assume leadership in modifying their lifestyles is an ethical, non manipulative approach to improving the health of individuals and families*” (Pender *et al.*, 2002, p. 65).

Segundo Pearson & Vaughan (1992, p. 8) “um modelo de enfermagem é constituído pelos componentes ou ideias que entram na construção da enfermagem – o que são as crenças, os valores e as teorias e conceitos sobre as quais se ergue”.

O modelo de Enfermagem sobre o qual assenta o exercício contém assim, as teorias e os conceitos desse exercício, e as teorias e os conceitos refletem as filosofias, os valores e as crenças acerca da natureza humana e da Enfermagem.

O Modelo de Nola Pender constitui fundamentalmente um modelo de Enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo apreciar o comportamento que leva à promoção da mesma, pelo estudo da interrelação de três pontos principais: **1. as características e experiências individuais, 2. os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. o comportamento de promoção da saúde desejável.** Na construção do Modelo de promoção da saúde, a autora utilizou, como bases teóricas, a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas, ambos da Psicologia (Pender *et al.*, 2002).

O EESIP deve atuar nestes três componentes que representam o diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Anexo I). O componente 1 compreende o comportamento anterior, comportamento que deve ser mudado e os fatores pessoais, que são divididos em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade); psicológicos (autoestima, automotivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico).

O componente 2 consiste no núcleo central do diagrama, sendo formado pelas variáveis: percebe benefícios para a ação, representações mentais positivas, que reforçam as consequências em adotar um comportamento; percebe barreiras para a ação, em que as perceções negativas sobre um comportamento são vistas como dificuldades e custos pessoais; percebe autoeficácia, com julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações; os sentimentos em relação ao comportamento, que refletem uma reação emocional direta, podendo ser positiva, negativa, agradável ou desagradável; influências interpessoais, o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde, ou por normas e modelos sociais; influências situacionais, o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde.

A variável influências interpessoais refere-se aos conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes e incluem normas, apoio social e modelagem, em que os prestadores de cuidados de saúde têm um papel relevante (Sakraida, 2002). É junto dos profissionais de saúde que os pais procuram informação relativa aos cuidados a prestar aos seus filhos, pelo que deve ser preocupação dos

Enfermeiros disponibilizar a informação da forma mais correta, utilizando a metodologia mais adequada.

A variável sentimentos em relação ao comportamento, conforme referido anteriormente, diz respeito aos sentimentos positivos ou negativos que ocorrem antes, durante ou após o comportamento, baseados nas propriedades de estímulo do comportamento em si (*Ibid.*, 2002). Os profissionais de saúde e, concretamente os Enfermeiros, têm um papel importante neste sentido, pois são procurados pelos utentes como referências em matéria de saúde (Carvalho, 2007).

O componente 3 abrange o compromisso com o plano de ação, ações que possibilitem o indivíduo manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de Enfermagem; exigências imediatas e preferências; as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento; comportamento de promoção da saúde, resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Correlacionando a prática de Enfermagem com este modelo, e atendendo às suas variáveis, o comportamento que o Enfermeiro vai adotar para com a tríade, é fundamental. Nomeadamente no que se refere às características e experiências pessoais, o Enfermeiro deve atender ao comportamento, ou vivências anteriores dos prestadores de cuidados, visto que podem condicionar o comportamento atual (p.e. o facto de ter filhos anteriormente pode facilitar o conhecimento do desenvolvimento infantil). Compete ao Enfermeiro intervir, no sentido de informar e esclarecer, com informação clara e precisa, demonstrando aos pais as vantagens de um desenvolvimento harmonioso dos filhos, pois estes têm o direito de ter condições para a sua promoção, fundamentada em dados corretos e válidos.

Pender *et al.* (2002) compreende, assim, vários fatores como os estilos de vida saudáveis, a capacidade para o autocuidado, práticas nutricionais, atividade física, padrões de sono, gestão do *stress*, comunicação com outros e utilização dos cuidados de saúde. Nesta linha, se a pessoa perceciona a saúde como um completo bem-estar, tende a valorizar aspetos como o relaxamento, e outras atividades promotoras de bem-estar. Se, pelo contrário, a saúde é percecionada como manter a estabilidade ou evitar as patologias, esta atribuirá importância a comportamentos de proteção da saúde, como a vacinação ou a rastreios.

O EESIP deve seguir as linhas orientadoras do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), constituindo este um dos principais instrumentos orientadores da sua prática de cuidados. O acompanhamento do **desenvolvimento infantil** por parte do Enfermeiro envolve um vasto **processo de gestão e promoção da saúde** da criança, que se encontra implícito num programa estruturado de vigilância, em várias fases do seu desenvolvimento, onde estão presentes a observação e avaliação devidas para se poder agir.

1.2. Desenvolvimento Infantil

Segundo Brazelton (2002) o desenvolvimento infantil é um processo vasto, que vai desde a concepção, emerge de forma ordenada e é relativamente duradouro, sendo primordial nos primeiros anos, pois é nesta etapa de vida que a criança estabelece as bases para o seu desenvolvimento, uma vez que apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe. De acordo com Walker *et al.* (2011), experiências precoces afetam quer a estrutura e funcionamento cerebral, quer o desenvolvimento da criança. Interações com familiares, ou outros cuidadores durante os primeiros anos de vida, são cruciais para garantir à criança um desenvolvimento psicossocial adequado.

O desenvolvimento infantil consiste no “(...) aumento da capacidade para a função, que habitualmente acompanha o crescimento. A maturação é o processo, em que se alcança a combinação das capacidades física, emocional, moral e cognitiva, que permitem que uma pessoa se integre e se adapte ao meio ambiente.” (Opperman & Cassandra, 2001, p. 59).

Existem perspetivas que defendem que a natureza especial das crianças já era reconhecida nas Antiguidades Grega e Romana, havendo fontes que revelam que, pelo menos desde o século XVI, as crianças são vistas e tratadas de forma diferente dos adultos. Diários de pais de então, retratavam que amavam os seus filhos e que os viam como seres que valorizavam o brincar, que necessitavam de orientação, cuidados e proteção. Contudo, segundo a perspetiva do historiador Philippe Ariès (1962), só após o século XVII é que as crianças passaram a ser vistas como qualitativamente diferentes dos adultos, nas sociedades ocidentais. Anteriormente eram apenas consideradas mais pequenas, mais fracas e menos

inteligentes. Quadros antigos apresentam a criança vestida da mesma forma que os adultos (Papalia, Olds, & Feldman, 2001).

Durante os séculos XVIII e XIX surgiram inúmeras tendências relevantes que contribuíram para a preparação do caminho para o estudo científico do desenvolvimento da criança. Estes estudos surgiram posteriormente e desenvolveram-se com base em apreciações ao longo de todo o ciclo vital, com o objetivo de seguir as crianças até à idade adulta.

No século XIX Charles Darwin realçou a natureza desenvolvimental do comportamento do bebé, tendo escrito um diário acerca do desenvolvimento sensorial, cognitivo e emocional do seu filho ao longo dos seus primeiros doze meses de vida.

Os estudos de *René Spitz* e *John Bowlby*, no século XX, revelaram a importância que a relação afetiva e a vinculação assumem na saúde física, emocional, social e intelectual das crianças e as péssimas consequências da sua ausência, em termos do desenvolvimento (*Ibid*, 2001). No seguimento desta temática, estudos recentes concluíram que os padrões familiares que subestimam os afetos, podem comprometer significativamente as capacidades cognitivas e emocionais da criança. As interações emocionais com bebés e crianças baseadas no carinho, afeto e apoio, contribuem para um desenvolvimento adequado do sistema nervoso central e formam as bases não só cognitivas, mas também a maioria das capacidades intelectuais da criança, incluindo a criatividade e a capacidade do pensamento abstrato. Também para Piaget é irrefutável que o afeto desempenha um papel essencial no funcionamento da inteligência. Sem afeto não haveria interesse, nem necessidade, nem motivação (Brazelton & Greenspan, 2002).

Na sociedade atual, a família é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psíquico, afetivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta assume uma influência e um papel fundamentais (Papalia *et al.*, 2001). Erik Erikson e outros pioneiros revelaram que, para que as crianças atravessem com êxito as fases da primeira infância, necessitam de cuidados sensíveis e afetivos. Estes permitem-lhes aumentar as suas capacidades de confiança, empatia e solidariedade (Brazelton & Greenspan, 2002).

O crescimento e desenvolvimento são assim processos complexos, que seguem uma sequência determinada e organizada e são influenciados por inúmeros fatores. Para além dos fatores biológicos, todo o meio envolvente, nomeadamente a

estimulação parental, são fatores contributivos. Segundo Papalia *et al.* (2001), o *National Institute of Child Health and Development* verificou que o que é realmente importante para o desenvolvimento das capacidades linguísticas, cognitivas e emocionais é a sensibilidade e a qualidade das interações emocionais entre as crianças e os pais, ou outros adultos que delas cuidem. Assim sendo, é através da participação orientada, que as figuras parentais estruturam as atividades das crianças e ajudam a reduzir o fosso entre a compreensão destas e a do adulto. Esta pode ser realizada através do recurso ao brincar, ou por meio de muitas outras atividades nas quais a criança aprende informalmente dos adultos as competências e os valores relevantes na sua cultura.

O extenso período de imaturidade e dependência durante a infância permite às crianças despende muito do seu tempo a brincar; e, tal como Piaget defendia, é largamente através do jogo que o desenvolvimento cognitivo ocorre. O jogo permite também à criança desenvolver competências motoras e experimentar papéis sociais. É um veículo para a imaginação criativa e curiosidade intelectual, os pilares do espírito humano (Papalia et al., 2001, p. 34).

O estudo das **teorias do desenvolvimento** (abordado no sub-capítulo que se segue), sendo uma delas a de Jean Piaget, é bastante importante para se aprofundar o conhecimento do desenvolvimento da criança.

1.3. Teorias do Desenvolvimento

Atualmente o estudo do desenvolvimento da criança está integrado num estudo mais vasto do desenvolvimento humano, cobrindo todo o curso da vida, isto é, apesar do crescimento e desenvolvimento serem mais evidentes na infância, ocorrem ao longo de todo o ciclo vital. Definir desenvolvimento infantil não é assim tão simples, variando com o referencial teórico que se queira adotar e os aspetos que se queira abordar.

As teorias do desenvolvimento são pressupostos feitos de forma a descrever a sequência de aumento das competências mentais de integração, e das capacidades emocionais, que possibilitam a complexa adaptação ao ambiente, descrevendo tarefas que avaliam a capacidade de integração mental e física. As tarefas de desenvolvimento são atividades específicas a realizar num determinado estágio de desenvolvimento. Enquanto o **desenvolvimento psicossocial** é o

processo de alterações mentais, motivacionais e comportamentais que um indivíduo atravessa enquanto aprende a viver de acordo com as expectativas de um grupo ou sociedade, o **desenvolvimento cognitivo** é o processo de se tornar um ser intelectual e inclui as capacidades para pensar, aprender, resolver problemas e conceptualizar. Por sua vez, o **desenvolvimento moral**, consiste no processo de aumento da capacidade de tomada de decisões relativas à forma de comportamento (Opperman & Cassandra, 2001).

A teoria do desenvolvimento da personalidade mais amplamente aceite é a Teoria Psicossocial de Erikson (1963). Este autor acreditava que uma idade específica não devia estar associada a níveis de desenvolvimento, pois cada indivíduo progride no seu próprio ritmo. Os estádios podem coincidir; pode haver regressões para um nível anterior, ou podem surgir avanços em surtos de crescimento. Cada um dos estádios tem dois componentes: uma tarefa básica e a sua equivalente negativa. Os resultados finais alcançam-se quando a tarefa básica se executa com êxito (Opperman & Cassandra, 2001). Consiste em oito fases ao longo do ciclo de vida; as crises emergem de acordo com um tempo de maturação, devendo ser satisfatoriamente resolvidas para permitir um saudável desenvolvimento. Irão ser apresentadas as fases psicossociais apenas do nascimento até à fase de jovem adulto: **Confiança básica versus desconfiança** (do nascimento aos 18 meses). O bebé desenvolve o sentido do mundo ser um lugar bom e seguro. Virtude: esperança; **Autonomia versus dúvida e vergonha** (Toddler: 12-18 meses aos 3 anos). A criança desenvolve um equilíbrio de independência sobre a vergonha e a dúvida. Virtude: vontade; **Iniciativa versus culpa** (Pré-escolar: 4 aos 6 anos). A criança desenvolve a iniciativa quando tenta coisas novas e não está preocupada com a culpa. Virtude: finalidade; **Mestria ou Indústria versus inferioridade** (Idade escolar: 6 anos à puberdade). A criança deve aprender competências da cultura ou enfrenta sentimentos de incompetência. Virtude: competência; **Identidade versus confusão da identidade** (Adolescente: puberdade ao jovem adulto – 12-19 anos). O adolescente deve determinar o seu próprio sentido do *self* ou sente confusão acerca dos papéis. Virtude: fidelidade; **Intimidade versus isolamento** (jovem adulto). O indivíduo procura estabelecer compromissos com os outros; se for mal-sucedido pode levar ao isolamento e à auto-absorção. Virtude: amor (Opperman & Cassandra, 2001; Papalia *et al.*, 2001).

Jean Piaget (século XIX) percecionou as crianças de um modo orgânico, ativas, seres em crescimento, com os seus próprios impulsos internos e padrões de desenvolvimento. Descreveu o desenvolvimento cognitivo como ocorrendo numa série de estádios qualitativamente diferentes, e em cada um desses estádios, a criança desenvolve uma nova forma de operar – de pensar e responder ao ambiente.

A **Teoria Cognitiva de Jean Piaget** engloba os seguintes estádios: **Estádio Sensório-motor** (do nascimento aos 2 anos). O bebé gradualmente vai tornando-se capaz de organizar atividades em relação ao ambiente, através da atividade sensorial e motora. Neste estádio os bebés aprendem acerca de si próprios e do mundo, passando de seres que respondem principalmente através de reflexos e comportamento aleatório, para crianças orientadas para objetivos. Este estádio é constituído por seis sub-estádios, que decorrem à medida que os esquemas do bebé, ou padrões organizados de comportamento, se tornam mais elaborados. O bebé vai aprendendo a reproduzir acontecimentos agradáveis ou interessantes e a repeti-los. Esta repetição vai-se alimentando a si própria num ciclo contínuo, na qual a causa e o efeito se invertem continuamente. Durante este estádio é gradualmente desenvolvida a noção de permanência do objeto: a consciência de que um objeto ou uma pessoa continuam a existir mesmo quando já não é visível (Papalia *et al.*, 2001). A causalidade é um conceito que a criança aos 15 meses vai começando a aprender melhor, apesar de surgir cerca dos 9 meses de vida; **Estádio Pré-operatório** (dos 2 aos 7 anos). A criança desenvolve um sistema de representações e usa símbolos para representar pessoas, lugares e acontecimentos. A linguagem e o jogo simbólico são manifestações bastante relevantes neste estádio. A brincadeira é a maneira mais poderosa de a criança aprender. Ela pode experimentar muitas situações e ações diferentes para descobrir quais resultam melhor. Segundo Brazelton (2003, p. 192) “ (...) todos os aspetos da brincadeira, (...) que é o «acto mais sério da criança» - revelam o seu estado de maturidade. Através dela podemos apreciar o grau de consecução, de capacidades motoras e de desenvolvimento emocional”; **Estádio das Operações concretas** (dos 7 aos 12 anos). A criança pode resolver logicamente problemas, se estiverem focalizados no aqui e agora. Não pensa de forma abstrata; **Estádio das Operações formais** (dos 12 anos até à idade adulta). Já pode pensar de um modo abstrato, lidar com situações hipotéticas e pensar sobre possibilidades (Papalia *et al.*, 2001).

Apesar de nenhuma teoria ou perspetiva teórica ter em si mesma todas as respostas, cada uma delas tem um contributo para a compreensão do desenvolvimento da criança. Os Enfermeiros deverão munir-se dos conhecimentos referentes às áreas funcionais do desenvolvimento infantil, de todos os seus valores de base e fatores promotores ou desfavoráveis em relação ao mesmo, contribuindo assim para a promoção da saúde da criança e família, assim como para a qualidade dos cuidados prestados.

1.4. Cuidados Centrados na Família

A filosofia dos **Cuidados Centrados na Família** (CCF) é uma filosofia de cuidados que tem sido adotada na Enfermagem Pediátrica, baseando-se numa parceria com benefícios mútuos/recíprocos para a criança, família e cuidadores, reconhecendo e valorizando a importância da família na vida da criança e no seu bem-estar (Hockenberry&Wilson, 2013).

Pode definir-se filosofia de cuidados como a procura da sabedoria, ou do conhecimento acerca daquilo que nos rodeia e que complementa a nossa prática. Consiste numa declaração explícita das crenças e valores que defendemos e que influenciam, por sua vez, as nossas intervenções de Enfermagem. Por conseguinte, os fundamentos básicos dos modelos de Enfermagem e as abordagens para o exercício da profissão vêm das filosofias e das crenças que se tem sobre Enfermagem (Pearson & Vaughan, 1992).

John Bowlby (séc. XX) e James Robertson foram os impulsionadores para a mudança. Houve uma evolução para o início da presença dos pais nos serviços hospitalares, tendo começado com visitas restritas, aumentando o número de horas das visitas dos pais, até um envolvimento destes nos cuidados à criança, participando e acompanhando os seus filhos no decorrer dos internamentos (Harrison, 2010). Partiu-se de uma ausência de visão da unicidade e características da criança enquanto ser e não apenas enquanto corpo, sendo os pais e família progressivamente vistos como uma constante na vida da criança, e a sua presença percecionada como extremamente importante para o bem-estar da criança no decorrer da hospitalização. Os principais pilares dos CCF são: a dignidade e o

respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração (*American Academy of Pediatrics*, 2012; Harrison, 2010).

A **capacitação** e o **empoderamento** (*empowerment*) são dois conceitos básicos dos CCF (Hockenberry&Wilson, 2013). Os profissionais capacitam as famílias, criando oportunidades e meios para que todos os seus membros revelem as suas habilidades e competências atuais e adquiram novas, de forma a atenderem às necessidades da criança e família. O empoderamento descreve a interação dos profissionais com as famílias, de modo a que estas mantenham, ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda, promotores das suas próprias forças, habilidades e ações (*Ibid.*, 2013).

O modelo de parceria nos cuidados, apresentado por Anne Casey, em 1988, sustenta-se na ideia de que ninguém melhor do que os pais pode prestar cuidados à criança, no sentido de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo e estimulando com amor. Descreve a Enfermagem Pediátrica como um processo de negociação partilhada, respeitando a família nas suas competências, nos seus desejos e necessidades (Casey, 1993; Cruz *et al.*, 2007). Este modelo está incluído na filosofia dos CCF. É requerida uma relação de confiança aberta, na qual os cuidados e necessidades da criança são discutidos e avaliados, tendo em vista um acordo recíproco nos processos/papéis de cuidadores.

A equipa de Enfermagem é crucial na minimização de quaisquer efeitos adversos que a admissão hospitalar possa trazer para a criança e sua família. Recorrendo à parceria de cuidados, constrói-se a confiança entre a criança, a família e os Enfermeiros, melhorando assim a experiência de hospitalização. Se houver falta de comunicação e expectativas diferentes de pais e profissionais, isso vai limitar o estabelecimento de uma negociação recíproca e aberta (Sousa, Antunes, & Carvalho, 2013). A participação não tem a ver com permissão, mas relaciona-se com o conceito de parceria, de facilitação. O fornecimento de informação é um dos aspetos primordiais para o processo de negociação nos cuidados e para os CCF, pois o cliente/família ao ser informado de uma forma aberta, sincera, exata e eficaz, é trazido e colocado numa situação de maior parceria, podendo, dessa forma, decidir o nível de envolvimento nos cuidados que pretende ter. A informação deve ser dada de forma antecipada, mesmo que os pais não a questionem (AAP, 2012).

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (2003), a informação pretende reduzir ou eliminar a incerteza, contribuindo para o processo de adaptação e para a tomada de decisão.

Os cuidadores que utilizam na sua prática a filosofia dos CCF reconhecem que, no processo de cuidados o suporte emocional, social e em termos de apoio ao desenvolvimento da criança/família, são de extrema importância, ajudando-os a reforçar as suas forças, suportando-os e apoiando-os no seu papel, nas tomadas de decisão e de cuidados, de uma forma informada. Esta filosofia de cuidados foi considerada como promotora das práticas de cuidados seguros e de qualidade (AAP, 2012).

1.4.1. Cuidados não-traumáticos

Os Cuidados não-traumáticos consistem em cuidados que procuram eliminar, ou atenuar, a dor física e psicossocial. Os sentimentos relativos à dor psicossocial, que se visam minorar são: medo, ansiedade, culpa, ira, vergonha... O objetivo primordial na prestação de cuidados não-traumáticos é o de não prejudicar/não causar dano. Três princípios fornecem a estrutura para alcançar esse objetivo: 1. evitar ou minimizar a separação da criança da sua família; 2. promover uma sensação de controlo, e 3. prevenir ou minimizar os danos corporais e dor (Hockenberry&Wilson, 2013; Potts&Mandleco, 2012).

Os principais **stressores da hospitalização** incluem a separação dos pais; o medo do desconhecido; a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal, que resulta em desconforto, dor e mutilação; e o medo da morte. A idade de desenvolvimento da criança, as experiências anteriores de doença, separação, ou hospitalização; os seus mecanismos de defesa, a gravidade do diagnóstico e o sistema de apoio disponível influenciam as reações da criança a estas crises (Hockenberry&Wilson, 2013). É importante que o Enfermeiro observe, reflita e reduza estes stressores, pois se uma criança apresenta *stress* face a um procedimento, quanto mais stressores se acumularem, mais se potenciam entre eles, e maior se torna o seu potencial de *stress* e desconforto.

Está descrito que a situação de hospitalização de uma criança pode trazer sequelas negativas e constituir um fator de *stress* familiar, nomeadamente em situações de pouca preparação e com pouco acompanhamento (Jorge, 2004). Cabe

ao EESIP estar ciente dos stressores da hospitalização, privilegiando a filosofia dos Cuidados Centrados na Família. A hospitalização pode tornar-se uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento, na medida em que a criança pode beneficiar de relações positivas e apoiantes com elementos da equipa de saúde, e de uma relação mais próxima com os familiares (Barros, 2003).

A **distração** e o **brincar** são estratégias de *coping* benéficas durante os procedimentos dolorosos. O brincar aparece como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; como uma mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras, permitindo a elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis (Mitre&Gomes, 2004).

Deve envolver-se a criança na atividade distrativa antes de se iniciar o procedimento doloroso, ou antes da dor atingir um nível elevado, para que a sua atenção fique concentrada no estímulo alternativo. Em condições adequadas, a criança pode aprender que é capaz de fazer face à dor, de estar num lugar estranho e longe de casa, de se desembaraçar e solicitar ajuda e apoio de diferentes adultos, e que Enfermeiros e outros técnicos de saúde a podem ajudar a recuperar e a diminuir o seu sofrimento. Pode aprender um conjunto de estratégias de confronto do medo, da ansiedade e da dor, e simultaneamente, aumentar a sua perceção de si como um ser competente e eficaz (Barros, 2003).

A administração de analgesia, a aplicação de pomada anestésica tópica (EMLA®), ou a administração de sucrose oral a 24% associada à sucção não-nutritiva, previamente a procedimentos dolorosos, são consideradas medidas promotoras da prestação de cuidados não-traumáticos. A sucção não-nutritiva não só potencia a ação da sucrose, como ajuda o bebé a coordenar o reflexo de sucção/deglutição e a respiração, estabilizando a frequência cardíaca, melhorando a oxigenação e diminuindo o *stress*. A sucrose oral a 24% pode ser administrada em RNs e crianças até aos três anos de idade (Hockenberry&Wilson, 2013).

Assim sendo, o EESIP deve ter em consideração o estágio de desenvolvimento e a faixa etária de cada criança de quem cuida, fomentando a não separação pais-criança, encorajando o envolvimento parental, abolindo todos os stressores que possam ser abolidos, ou minimizados, incluir o brincar nos cuidados e informar a criança de forma antecipada, recorrendo a estratégias adequadas à fase de desenvolvimento em que se encontra.

Conforme refere Diogo (2012, p. 178), “Os enfermeiros promovem um ambiente seguro e afetuoso através de um ambiente hospitalar humanizado (...) e na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes.” Corroborando com o que referem Mitre & Gomes (2004), o brincar passa a ser visto como um espaço terapêutico capaz de promover não só a **continuidade do desenvolvimento infantil**, como, também, a possibilidade de, através dele, a criança hospitalizada poder elaborar e ultrapassar de forma mais positiva esse momento específico que vive.

1.5. Contributos do EESIP na Avaliação e Promoção do Desenvolvimento Infantil

A abordagem desenvolvimental deve ser centrada nas famílias, e estas devem aprender estratégias específicas, de forma a promoverem uma evolução harmoniosa dos filhos. Isto é, para se respeitar uma filosofia de CCF, devem ser tidas em conta as especificidades, necessidades e alvos da criança e família, devendo ser prestados cuidados individualizados e personalizados. Os cuidados de Enfermagem só ganham sentido e assumem valor se assim for, pois cada criança é um ser único e cada família é uma família, única também (Hockenberry & Wilson, 2013).

O EESIP deve, assim, trabalhar “(...) em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte (...)” (Diário da República, Regulamento nº 123/2011, p. 8653).

Os Enfermeiros constituem o grupo profissional que mais tempo acompanha as crianças quando hospitalizadas e a quem mais oportunidades de cuidados se apresentam, quer ao nível das consultas de Enfermagem, quer ao nível da área da vacinação, ou da Saúde Comunitária, em situações de urgência, ou de internamento pediátrico. Face a este último contexto, o conceito de desenvolvimento também assume grande relevância, pois quando uma criança adoece, com uma doença aguda/crónica, tendo necessidade de ser internada, pode ficar incapacitada de dar

continuidade aos seus estudos e às suas brincadeiras. Desta forma, cabe ao Enfermeiro minimizar os stressores da hospitalização, para que a criança possa ter um desenvolvimento mais harmonioso, conforme referido anteriormente. É da competência do Enfermeiro avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de Enfermagem (OE, 2009).

Na prática de Enfermagem, enquanto EESIP, deve ser dada relevância às intervenções de Enfermagem - cada momento junto dos pais pode ser transformado num momento único e de extrema importância para esclarecimento das suas dúvidas e receios e orientação/validação dos cuidados ao filho. É importante que o EESIP saiba como atuar na observação da criança e que possua conhecimentos aprofundados em termos da temática central deste projeto, encorajando assim os pais a partilhar os sentimentos que fazem parte da aprendizagem na educação dos filhos. Segundo Brazelton (2003), quando se consegue ajudá-los a compreender os problemas do filho, a relação pais-profissional fortalece-se. Cada contacto posterior torna-se progressivamente mais atraente para o profissional e mais compensador para os pais - torna-se uma experiência de cuidados partilhada.

Segundo a OE (2010, p. 72), “para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o Enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização.” Para isso, ao longo dessa avaliação, uma vez mais, o Enfermeiro deverá ter a capacidade de fomentar a aliança parental, através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional, saber ouvir e atribuir a relevância devida aos seus conhecimentos e experiência (AAP, 2012; Harrison, 2010).

No decurso de uma **avaliação de desenvolvimento**, os pais, têm a oportunidade de realizar perguntas e de se libertarem de preocupações, ou de esclarecer o que os preocupa. No contexto de Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil, em Cuidados de Saúde Primários, por exemplo, o EESIP, deve estimular o processo de vinculação, despertando os pais para a unicidade do seu filho, alertando-os para a fantástica gama de comportamentos que já revela. Assim sendo, o trabalho de um Enfermeiro Especialista também se destina a “ (...) alertar os pais para os passos do desenvolvimento que irão provavelmente trazer-lhes preocupações. Antecipar essas alturas permite aos pais fazerem as suas próprias opções.” (Brazelton, 2003, p. 88). Quando os pais demonstram preocupação

relativamente ao facto de o seu filho não fazer as mesmas coisas que outros bebés da mesma idade, uma avaliação poderá tranquilizá-los de que o desenvolvimento do seu filho se enquadra no esperado para a idade, ou alertá-los para um problema (*Ibid*, 2003). Compete, portanto, aos profissionais de saúde, e sobretudo ao EESIP, ter um conhecimento mais profundo e consistente sobre as diferentes fases que a criança atravessa, para que se possa realizar, o mais precocemente possível, o rastreio de eventuais alterações, para as minimizar ou corrigir, promovendo deste modo o seu desenvolvimento harmonioso e saudável e o bem-estar da família em que está inserida.

Um dos contributos do EESIP para o desenvolvimento infantil consiste em prestar **cuidados promotores do desenvolvimento**, como já referido previamente – cuidados centrados na família, cuidados não traumáticos, mobilizando o **brincar**, que consiste num instrumento terapêutico fulcral nos cuidados de Enfermagem. A brincadeira é uma atividade estruturante e impulsionadora do desenvolvimento infantil, oferecendo às crianças uma ampla estrutura básica para mudanças das necessidades e tomada de consciência: ações na esfera imaginativa, criação das intenções voluntárias, formação de planos da vida real, motivações intrínsecas, consistindo numa oportunidade de interação com o outro, que, sem dúvida contribui para o seu desenvolvimento (Queiroz, Maciel, & Branco, 2006).

O brincar contribui para o estabelecimento de um ambiente de cuidados alegre, acolhedor, de tranquilidade e de confiança; aumenta o sentimento de segurança da criança face a um ambiente estranho; permite-lhe divertir-se, o que promove a sua descontração e relaxamento (maior cooperação e adesão terapêutica); diminui o *stress* e a ansiedade de separação e afastamento do seu ambiente familiar e social; possibilita à criança exteriorizar a sua irritabilidade e frustração, expressando os seus sentimentos e emoções; estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros; permite à criança desenvolver a sua criatividade e imaginação, manifestando os seus principais interesses e preferências. Constitui um instrumento de Enfermagem para a preparação da criança para procedimentos invasivos e uma estratégia que possibilita à criança a gestão das suas emoções, perante uma situação emocionalmente intensa. Através do brincar, a criança assume um papel ativo e tem a oportunidade de fazer parte da tomada de decisão, aumentando a sua sensação de autocontrolo (Hockenberry & Wilson, 2013; Mitre & Gomes, 2004).

O brincar classifica-se em dois tipos distintos: **brincar espontâneo/livre** e o **brincar terapêutico**. O primeiro tem como objetivo central o prazer e a distração, com participação espontânea da criança, não sendo uma atividade estruturada. O último refere-se a atividades direcionadas por um profissional, sendo estruturado e visando o bem-estar emocional e físico da criança (Ferrari, Alencar, & Viana, 2012). De acordo com Hall&Reet (2000), o uso da brincadeira livre, ou espontânea, para acalmar, comunicar, tranquilizar e para promover uma relação de confiança com as crianças, é essencial, quer para estas, quer para os profissionais que delas cuidam. O recurso ao brincar terapêutico (brincadeira direcionada ou intencional) também tem benefícios clínicos, quer em termos da avaliação da criança, quer para a informar e preparar para a realização de determinados procedimentos, ou para a ajudar a explorar e a exprimir os seus sentimentos, medos, ou receios. A promoção do brincar pode ser uma ferramenta significativa para que se lidem com questões, tais como: a integralidade da atenção; a adesão ao tratamento; o estabelecimento de canais que facilitem a comunicação entre criança-profissional de saúde-acompanhante; a manutenção dos direitos da criança, assim como a (re)significação da doença por parte de todos os intervenientes (*Ibid*, 2000).

1.5.1. Cuidados Promotores do Desenvolvimento

Tendo sido anteriormente apresentadas filosofias de Enfermagem Pediátrica que enfatizam a prestação de cuidados promotores do desenvolvimento infantil, urge complementar este subcapítulo referente aos contributos do EESIP na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, fazendo referência especificamente à área dos Cuidados Neonatais.

Na década de 80, foi desenvolvida por Heidelise Als uma **modalidade de proteção ao desenvolvimento dos recém-nascidos pré-termo**, consistindo num programa denominado **NIDCAP** (*Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*) - Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Recém-Nascido (Gaspardo, Martinez, & Linhares, 2010). Este modelo não visa apenas proteger o bebé de estímulos inapropriados, hiperestimulação e procedimentos desnecessários, mas também garantir que ele seja cuidado por profissionais que o conheçam intimamente, isto é, que (re)conheçam as formas de iniciar contacto, assim como as suas competências e

difficultades. Envolve, entre outras intervenções, a redução da luminosidade, ruído e manipulações, visando promover períodos de descanso para o RN, de forma a diminuir os elevados níveis de *stress* ambiental (*Ibid*, 2010). Além disso, também foca a educação e integração dos pais como cuidadores eficazes e parceiros no cuidar do seu bebé, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Os elementos chave do NIDCAP são: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas; posicionamento adequado; oportunidades para contacto pele a pele; suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família (Santos, 2011).

Estudos com animais e seres humanos revelaram que o **toque** assume um papel primordial no desenvolvimento precoce, em diversas áreas: a nível físico, cognitivo e emocional (Caulfield, 2000). O EESIP deve, se necessário, promover a interação pais-filho através do incentivo ao toque, explicando a importância de os estímulos deverem ser faseados, isolados e não associados. Isto é, o toque, com o intuito de contenção do RN pré-termo, consiste numa forma de o acalmar e reorganizar. No entanto, a hiperestimulação (vários estímulos simultâneos) podem desorganizá-lo rapidamente. Investigadores referem que o RN pré-termo necessita de intervenções do cuidador que facilitem a autorregulação após um procedimento doloroso, ou durante um período de *stress*. Entre eles podem ser apresentados os seguintes: a contenção, o posicionamento com rolos e ninhos, a sucção não-nutritiva e o contato pele a pele (Tamez, 2009).

Os cuidados prestados ao RN pré-termo devem ser agrupados de acordo com os ciclos de sono do mesmo, a fim de possibilitar o maior período de sono profundo possível. Os procedimentos devem ser realizados de acordo com os sinais do RN, mantendo-o organizado (Santos, 2011). Desta forma, são evitadas manipulações excessivas, ou repetidas, por profissionais distintos. Este cuidado é fundamental, pois visa a diminuição de estímulos desagradáveis, ou causadores de desconforto ao RN pré-termo. Assim sendo, respeitando todas estas condições, possibilita-se a prestação de **cuidados contingentes** ao RN, estando as prioridades centradas nos sinais que este demonstra. Devem reduzir-se as manipulações excessivas que possam comprometer o bem-estar do RN, minimizando o *stress*, a dor, as alterações fisiológicas e comportamentais (Balbino, Cardoso, Silva, & Moraes, 2012). Deste modo, o Enfermeiro, ao realizar cuidados contingentes, poderá minimizar o *stress* do RN pré-termo. Através do toque, da fala, da contenção dirigida à minimização do

stress, o Enfermeiro é capaz de reduzir as possibilidades de défices a nível do desenvolvimento. A capacitação de profissionais para uma nova abordagem em relação ao RN pré-termo, poderá assim favorecer um desenvolvimento global mais harmonioso. A Enfermagem deve assim ser capaz de construir e reconstruir o cuidado, percecionando o RN como um sujeito ativo e recetivo, que interage com o cuidador (*Ibid*, 2012).

O contato pele a pele proporcionado pelo **Método Canguru** é um componente importante dos cuidados voltados para o desenvolvimento. Consiste em colocar o bebé despido, na posição vertical, junto do peito da mãe, ou do pai, de modo a permitir um contacto pele a pele, o tempo que for possível. Fornece um equilíbrio entre os sistemas tátil e propriocetivo e os sistemas visual e auditivo. Promove também uma experiência de contenção, minimizando a sobrecarga de estímulos visuais e auditivos. Detém um efeito positivo no aleitamento materno exclusivo na alta, no desenvolvimento da vinculação e na confiança e satisfação materna (Lundington-Hoe, 2006).

1.6. Instrumentos de Avaliação de Desenvolvimento Infantil

Existem diversos **instrumentos de rastreio/avaliação do desenvolvimento infantil**. Nestes compara-se o desempenho da criança numa série de tarefas, com normas estabelecidas com base em observações do que um vasto número de bebés e crianças fazem em idades específicas. Há duas principais razões para se realizar um rastreio adequado: identificar as capacidades específicas de uma criança; reconhecer que uma criança não está a progredir de acordo com os padrões habituais, ou que pode estar em risco de atraso desenvolvimental. Se tal acontecer, uma avaliação suplementar pode ajudar a determinar se existe um problema de saúde, ou se é necessário um acompanhamento ou abordagem específicos para que a criança aumente as suas capacidades. Permite, assim, determinar estratégias de intervenção apropriadas. Possibilita, também, proporcionar orientação antecipada aos pais e cuidadores, de forma a melhorar o crescimento e desenvolvimento infantil (Opperman & Cassandra, 2001). À semelhança destes autores, também Halfon *et al.* (2004) defendem que a promoção do desenvolvimento da criança, as orientações antecipatórias aos familiares para a maximização do potencial de desenvolvimento

infantil, assim como a deteção de eventuais alterações e o prognóstico das mesmas, dependem, diretamente, da identificação e intervenção precoces, o que faz com que a sua avaliação consista numa parte fundamental de toda a Consulta de Saúde Infantil.

Avaliar as capacidades da criança, também assume valor em termos de poder constituir uma oportunidade de proporcionar momentos de educação para a saúde, e de promoção do desenvolvimento infantil aos pais, salientando as suas etapas específicas, dissipando dúvidas ou perceções inapropriadas face ao comportamento do seu filho.

Devemos dirigir a nossa atuação para abordagens de vigilância, de uma forma periódica, recorrendo a instrumentos de avaliação precisos, podendo, dessa forma, melhorar a efetividade da avaliação e o acompanhamento da evolução da criança (Halfon *et al*, 2004). Segundo estes autores, as crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos, tendo sido verificado que pais de crianças que eram submetidas a avaliações face à sua progressão evolutiva, sentiam mais satisfação em termos dos cuidados de promoção de saúde ao seu filho e classificavam a qualidade interpessoal desses cuidados, de forma mais favorável. O Enfermeiro, ao avaliar as várias componentes (motricidade global, visão e manipulação, audição e linguagem, comportamento e adaptação), pode também debruçar-se na relação pais-filho e nas relações que a família estabelece com a comunidade em que se encontra inserida.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), a **Escala de Avaliação das Competências de Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos (*Schedule of Growing Skills II*)** é um dos testes identificados para este tipo de avaliações em crianças dos 0 aos 5 anos de idade, por ser de aplicação rápida, ter fácil visualização através de uma síntese gráfica, e por ser uma escala precisa e fiável. Na literatura mundial é caracterizada por ter alta sensibilidade e especificidade. Baseia-se nas “(...) sequências de desenvolvimento concebidas por *Mary Sheridan*. Resultou de vários anos de investigação no Reino Unido, permitindo identificar o nível de desenvolvimento das crianças em nove áreas de competências, designadas por: Controlo Postural Passivo; Controlo Postural Activo; Locomotoras; Manipulativas; Visuais; Audição e Linguagem; Fala e Linguagem; Interação Social; Autonomia Pessoal e Cognitivas.” (OE, 2010, p. 2). É um método preciso e exato de rastreio, permitindo comparar a criança avaliada com o padrão e em diferentes

tempos; permite estabelecer se há atraso de desenvolvimento; possibilita também fornecer indicadores da natureza do problema da criança, indicando as suas áreas fortes e fracas (Bellman *et al.*, 2003). Esta escala de avaliação tem como vantagens: seguir critérios padronizados, constituindo um guia de observação para o prestador de cuidados; construir uma forma prática de registo das observações efetuadas e ajudar o prestador de cuidados a reconhecer um maior número de crianças com alterações de níveis diversos (AAP, 2001).

Se o perfil da criança estiver dentro da normalidade, transmitem-se informações antecipatórias, esclarecem-se dúvidas aos pais e agenda-se a próxima consulta. Se, pelo contrário, a avaliação apresentar alterações face ao que é esperado, o Enfermeiro comunica com a Equipa Multidisciplinar que segue a criança, escutando os pais empaticamente e visando a redução dos seus receios, quando possível.

Em certas situações em que são identificadas alterações do desenvolvimento, é requerido encaminhamento/sinalização para Programas de Intervenção Precoce. Em Portugal, vigora o Decreto-Lei 281/2009, que regulamenta a intervenção precoce para as crianças dos 0 aos 6 anos, qualquer que seja o contexto em que estejam inseridas, cuidadas, ou atendidas (Pimentel, Correia, & Marcelino, 2011).

2. APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O Enfermeiro Especialista (EE) é definido como aquele que possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas...” (Diário da República, Regulamento nº 122/2011, p. 8648) na área de intervenção desenvolvida. Deste modo, espera-se que no desenvolvimento profissional, qualquer EE “proporcione benefícios essenciais de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes” e que o desempenho se traduza “na prestação de cuidados de nível avançado (...) no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente” (OE, 2007, p.16).

Com base nos níveis de competência de Patrícia Benner (2005), um perito deve possuir **conhecimento** não só **perceptivo**, mas **fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada**, que lhe permita prestar cuidados individualizados e numa perspetiva holística.

Assim sendo, de forma a desenvolver as competências comuns e específicas inerentes à área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, o EE deve saber mobilizar e articular as atividades e intervenções de Enfermagem priorizadas no PNSIJ, aplicando-as no contexto da sua prática de cuidados, de modo a poder assegurar uma prestação de cuidados de qualidade à criança e família.

Neste capítulo pretende-se realizar uma descrição sumária de cada local de estágio e respetiva duração. Serão apresentados os objetivos definidos e as atividades desenvolvidas em cada contexto. Será também realizada uma reflexão acerca das práticas por mim desenvolvidas, salientando as Competências Gerais do EE e Específicas do EESIP, de forma a demonstrar o processo vivenciado segundo os objetivos propostos, através da realização das atividades desenvolvidas, visando o alcance do grau de perícia avançada de um EESIP. Este deve ter em consideração os quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, ou seja, a **responsabilidade profissional, ética e legal**, a **melhoria**

contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como as Competências Específicas de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O **EC I** teve lugar numa **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**, tendo decorrido de 4 a 15 de Outubro de 2014.

Na escolha deste local de estágio tive em consideração um contexto em que os profissionais regessem os cuidados com base na filosofia de Cuidados Centrados na Família, promovendo a presença dos pais, assim como a prestação de cuidados promotores do desenvolvimento do RN. Consiste numa Unidade que engloba Cuidados Intensivos e Intermédios ao RN pré-termo/doente.

Os RNs ficam internados na Unidade de Cuidados Intensivos até que se encontrem totalmente estabilizados. Assim que já não necessitem de cuidados muito específicos (nomeadamente a nível ventilatório), mas de cuidados especiais menos diferenciados, ou no caso de recém-nascidos pré-termo em crescimento, são transferidos para a Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. Os RNs internados na UCIN são principalmente provenientes da Sala de Partos do Hospital; da Urgência Pediátrica; de outros Hospitais, ou do domicílio (transportados pelo INEM de RNs) e do Internamento de Obstetrícia.

Quando um RN é internado na Unidade, é-lhe, após estabilização, retirada uma fotografia, no caso de a sua mãe se encontrar internada no Serviço de Obstetrícia. Logo que possível, é entregue à mãe e explicado sumariamente o funcionamento da Unidade. Habitualmente é o pai que vai visitar o seu filho previamente à mãe (devido ao internamento desta), sendo-lhe entregue um folheto com informações acerca das normas e funcionamento da Unidade.

No que se refere à recolha do leite materno, a mãe, caso o deseje, deve executá-la no Serviço de Obstetrícia durante o seu tempo de internamento. Assim que tenha alta, pode retirar o leite na Unidade, utilizando a bomba elétrica e *kits* existentes no serviço. É também distribuído aos pais um folheto acerca das normas para recolha, armazenamento e transporte do leite materno, após explicação das mesmas, para que os pais possam esclarecer possíveis dúvidas que surjam.

Os pais podem permanecer na UCIN 24 horas junto dos filhos, não sendo considerados visitas. Os irmãos a partir dos cinco anos podem visitar o bebé internado, devendo ser uma visita rápida. Entre as 14h e as 15h apenas poderá entrar uma visita, de curta duração e na companhia de um dos pais. Junto do bebé, só podem estar em simultâneo duas pessoas.

A Unidade visa a humanização dos cuidados, fomentando a participação dos pais nos cuidados ao bebé, sendo designado um profissional de referência, a quem a família recorre, sempre que necessário. São promovidas reuniões com os pais e equipa multidisciplinar para esclarecer a situação clínica do RN, debater situações novas vivenciadas pela família, partilhar experiências e promover apoio psicológico.

Mensalmente realiza-se uma reunião para todos os pais dos RNs internados, com a equipa de Enfermagem, que se destina ao esclarecimento de dúvidas, à partilha de experiências e à exposição de problemas ou dificuldades vivenciados pelos mesmos.

Para além dos **objetivos específicos** delineados para cada campo de estágio, que serão apresentados de seguida, foi traçado um objetivo geral, que foi transversal a todos os campos de estágio. Assim sendo, este objetivo procura dar resposta às competências a aprofundar em concordância com a área temática definida.

OBJETIVO GERAL: Integrar a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil, na assistência de Enfermagem à criança e família, no âmbito das competências específicas preconizadas para o EESIP.

Foram também definidos objetivos iniciais e atividades transversais a todos os locais de estágio:

- Conhecer a estrutura física e organizacional dos diversos serviços;
- Integrar-me nas equipas e nos procedimentos organizacionais de cada serviço.

Atividades desenvolvidas:

- Apresentação do Projeto de Estágio às Enfermeiras de referência, salientando os objetivos e atividades a desenvolver;
- Realização de pesquisa de documentos nos serviços, relacionados com a estrutura física e organizacional, a população abrangente, áreas de intervenção e articulação com outros profissionais/recursos;
- Observação das dinâmicas e métodos de trabalho das diversas equipas multidisciplinares;
- Mobilização de conhecimentos teóricos e decorrentes da prática clínica na prática de cuidados nos vários contextos de estágio;
- Contacto com diversas áreas de intervenção do EESIP nos diferentes locais de estágio.

- Objetivos e Atividades Desenvolvidas na UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Objetivo geral I:

✓ Desenvolver competências de Enfermagem em termos dos Cuidados Promotores do Desenvolvimento do RN pré-termo/doente. Este foi subdividido nos seguintes **objetivos específicos:**

- Estimular o desenvolvimento do RN pré-termo/doente através da promoção do seu conforto: sono/repouso; cuidados de higiene; posicionamentos adequados (contenção); alimentação; prevenção/controlo da dor;
- Promover o contacto pele a pele mãe-filho através do **Método Canguru**;
- Evitar a hiperestimulação do RN pré-termo, através da transmissão de orientações antecipatórias aos pais.

Atividades desenvolvidas:

- Consulta de normas e procedimentos do serviço e realização de pesquisa bibliográfica inerentes a Cuidados Promotores do Desenvolvimento do RN pré-termo/doente;

- Observação da atuação dos Enfermeiros, nomeadamente EESIP, em relação a esta temática;
- Organização do meio envolvente do RN, planeando as intervenções a realizar, para evitar interrupções; observação do RN antes da intervenção, sinalizando ao mesmo de que vai ser manipulado (voz suave, toque com contenção), permitindo assim a sua organização;
- Consulta de normas e procedimentos existentes no serviço para a identificação da dor no RN;
- Adoção de medidas farmacológicas/não farmacológicas para prevenção da dor no RN (administração de sucrose oral; sucção não-nutritiva; contenção, etc..);
- Realização de sessão dirigida aos pais acerca do Método Canguru e suas vantagens em RNs pré-termo, através de metodologia expositiva/participativa (Apêndice II);
- Realização de sessão dirigida aos Enfermeiros da UCIN acerca da temática supracitada, através de metodologia expositiva/participativa (Apêndice I).

Objetivo geral II:

✓ Promover a parentalidade nos pais de RNs pré-termo/doentes, em situações complexas.

Posteriormente foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Incentivar o **toque** e o **contacto pele a pele pais-filho**;
- Instruir os pais face aos cuidados ao seu filho (*empowerment*).

Atividades desenvolvidas:

- Observação da Equipa de Enfermagem face ao estabelecimento de uma relação de parceria Pais-Enfermeiros (fase inicial);
- Observação da atuação do EESIP face à promoção da parentalidade e ao fornecimento de cuidados/orientações antecipatórias aos pais/família do RN pré-termo/doente (fase inicial);
- Planeamento e participação na prestação de cuidados ao RN pré-termo/doente de forma integral, estabelecendo uma relação de parceria com a família;

- Fornecimento de **orientações antecipatórias** aos pais face aos cuidados do RN;
- Promoção da vinculação e interação pais-bebé, se necessário: incentivo à prática do Método Canguru; toque terapêutico.

De forma a desenvolver a Competência Específica do EESIP: **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** (E3) – **“Promove o crescimento e o desenvolvimento Infantil”**, centrei a minha atuação nos Cuidados Promotores do Desenvolvimento do RN pré-termo/doente. A realização deste EC contribuiu igualmente para desenvolver a Competência Específica do EESIP: **“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”** (E1) - **“Implementa e gere em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade”**, promovendo a parentalidade nos pais destes RNs.

O nascimento de um bebé prematuro desencadeia nos pais um momento de crise emocional, pois estes vivenciam sentimentos de ansiedade e medo devido à preocupação com a sobrevivência e desenvolvimento saudável do seu filho. Para além destes receios, estes pais experimentam também sentimentos de falta de competência necessária para educar um filho com as características de um prematuro. Esta ansiedade pode assim dificultar o estabelecimento de uma relação de vinculação (Canavarro, 2001).

Foram por mim desenvolvidas competências relacionadas com a promoção da vinculação entre os pais e o RN doente, ou com necessidades especiais, através de uma participação ativa junto destes bebés e família, dando apoio, estimulando-os progressivamente no cuidar do seu filho.

Neste contexto de cuidados, e nomeadamente em Cuidados Intensivos, os primeiros contactos dos pais face aos filhos são sempre graduais, e um mero aconchego, palavras meigas, o cheiro, a voz materna, um dedo entrelaçado naquela “mãozinha pequenina”, significam tudo para estes pais. Recordo o olhar embevecido e o sorriso sincero de um casal nos Cuidados Intensivos, pais de duas gémeas de 33 semanas, cuja gestação resultou de uma fertilização *in-vitro*, quando as coloquei ao colo de cada um deles... Tive assim em vista a promoção da parentalidade em pais de RNs com estas características tão específicas, tendo vivenciado situações críticas de cuidados e tomado conhecimento de dinâmicas familiares bastante complicadas...

O RN, devido ao seu nível de desenvolvimento, apresenta necessidades que muitas das vezes são colmatadas pela mãe, pai ou outro cuidador. Quando o RN é internado numa UCIN as necessidades são muito complexas, pelo que os pais por si só, não conseguem dar-lhes resposta. O Enfermeiro avalia os comportamentos/características e experiências individuais dos cuidadores e, neste contexto, deve valorizá-los e promover outros conhecimentos. Este facto está comprovado na análise do diagrama da Promoção da Saúde de Nola Pender, quando esta refere que os comportamentos anteriores são o ponto de partida para a promoção da Saúde (Pender *et. al.*, 2002). O objetivo final é o cuidado de Enfermagem proporcionar gradualmente à mãe/ao cuidador principal/aos pais, a capacidade de (re)assumir o cuidado da criança. Com base nestes pressupostos, direcionei a minha prática tendo em conta os comportamentos anteriores e os fatores pessoais preconizados por Nola Pender.

Incentivei o toque gradual, a participação dos pais nos cuidados ao seu filho, a prática do Método Canguru, mediante a situação clínica de cada RN.

Segundo Moreno (2003, p. 24) “o contacto pele a pele é fundamental. A pele envolve-nos por completo. É o órgão mais sensível do nosso corpo e é o órgão sensorial primário para o bebé e, durante o seu período de ligação afectiva, é a experiência táctil o elemento essencial para o prosseguimento do seu crescimento e desenvolvimento.”

O pequeno espaço físico da Unidade promovia um contacto próximo entre pais, tendo verificado que os mesmos falavam entre si, partilhando experiências e dificuldades, sempre com a presença e mediação de Enfermeiros. É reportado na literatura a importância da partilha entre pais (Tamez, 2002; Viana *et al*, 2005), tendo considerado interessante, nomeadamente, a existência de uma sala de pais, onde estes podiam permanecer por períodos e conversar, partilhar experiências, havendo inclusivamente reuniões pontuais com uma EESIP do serviço, para esclarecimento de dúvidas e preparação para a alta.

Foi na Sala de Pais que apresentei a sessão acerca do Método Canguru, tendo sido dirigida aos pais dos RNs da UCIN. Constituiu uma experiência que me foi bastante enriquecedora, tendo sido uma das atividades por mim propostas para este EC, atividade que a minha Enfermeira de referência considerou bastante pertinente. Dirigiu-se aos pais dos RNs internados que quisessem assistir e participar. Foi divulgada através de cartazes na sala de pais e no corredor da

unidade. A sessão foi realizada com recurso a uma metodologia expositiva/participativa. Foi executada uma apresentação em *Powerpoint*, tendo em vista incentivar a prática do Método Canguru em RNs pré-termo na UCIN; dar a conhecer o Método aos pais e a promoção de troca de experiências acerca do mesmo. Foi bastante interessante, pois estavam presentes pais que já tinham estado com os seus filhos em posição canguru e outros que não o haviam realizado. A assistência englobou pais de bebés internados na sala de cuidados intensivos e intermédios. Dei a conhecer a origem do método, a sua história, evolução, aplicabilidade e as suas vantagens, quer para o RN, quer para os pais, após pesquisa bibliográfica. Estava presente uma Enfermeira do serviço, que é EESIP, que incentivou a partilha entre os pais.

No final da sessão, considerei pertinente partilhar uma situação pessoal – o facto de ter nascido de 31 semanas, naquele hospital, e ter ficado internada naquela UCIN há trinta anos atrás... Partilhei a minha experiência com os pais, de forma a dar-lhes força, esperança... trouxe-lhes lágrimas de emoção e sorrisos. Não esqueço as palavras do pai de umas gémeas pré-termo às quais prestei cuidados, que me foram dirigidas no meu último dia de estágio:

“ – Muito obrigado pela experiência que partilhou connosco, Enfermeira...! Foi muito importante para nós..”.

Realizei também uma sessão acerca do Método Canguru, destinada aos Enfermeiros da UCIN, com o intuito de promover a discussão acerca da temática, no âmbito da Equipa de Enfermagem e fomentar a sua prática na unidade com maior frequência. Foram abordados os seguintes tópicos: origem do método; história; condições de aplicabilidade; recursos; vantagens para o bebé e pais, etc...

Recorri também à metodologia expositiva/participativa, através de uma apresentação em *Powerpoint*, com linguagem técnica, comparativamente à sessão dirigida aos pais. Apesar de não ter tido a possibilidade de que muitos Enfermeiros participassem na sessão/discussão, (pois estava a ocorrer um parto de uma gravidez gemelar de 32 semanas e os RNs iam ser admitidos na unidade), julgo que foi importante em termos da promoção da reflexão e discussão acerca do Método Canguru no seio da equipa de Enfermagem. Com estas intervenções mobilizei e desenvolvi a Competência Geral de EE **D2.1. “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem (...) na área da especialidade.” - D2.1.3: “Concebe e gere programas e dispositivos formativos”.**

Ao prestar cuidados ao RN em situação complexa de saúde pude testemunhar formas de trabalho e técnicas fundamentais, bem como observar a forma de gestão dos cuidados, estabelecendo prioridades. Participar nos cuidados permitiu-me perceber pormenores, que fazem a diferença nos cuidados prestados em situação de urgência/emergência. Ao serem admitidos na UCIN RNs com necessidades específicas emergentes, nomeadamente, ventilação mecânica invasiva, ou outro tipo de intervenções necessárias para a estabilização do RN (colocação de cateteres umbilicais, ou epicutâneos, necessidade de preparação de material para esse tipo de intervenções, administração de terapêutica, entre outras...) pude verificar a enorme importância do trabalho em equipa nestas situações de carácter urgente. De acordo com a **Competência A1** do EE, este deve também possuir competências na tomada de decisão com uma visão mais ampla dos cuidados, e possuir julgamento clínico que lhe permita decidir com justificação legal, com base nos valores, direitos e especificidades da pessoa de quem cuida (OE, 2010). Desta forma, cabe ao EESIP atuar de acordo com as necessidades da família e da criança/do jovem, respeitando os seus direitos, promovendo a participação da família nos cuidados, negociando com esta, apoiando-a e justificando cientificamente os seus pontos de vista, no que diz respeito aos cuidados que presta e às ações que toma (OE, 2010). Tive oportunidade de, perante o descrito, decidir sobre cuidados que prestei, decidir sobre a presença dos pais (esperar por eles para os cuidados), bem como a sua participação nos mesmos (dar-lhes espaço para cuidar da criança e promover a sua participação nos cuidados, consoante a sua vontade), justificando todas as minhas escolhas com base no bem-estar e na promoção da saúde da criança, na promoção da vinculação precoce e de cuidados promotores do seu desenvolvimento.

Destaco neste âmbito, com especial ênfase, o contacto com os pais. Tamez *et al.* (2002) referem que as unidades neonatais devem preocupar-se não só em atender as necessidades dos RNs, mas também as necessidades psicossociais dos pais. Realçam que é essencial promover a participação da família nos cuidados para que possa cuidar da criança após a alta hospitalar, sentindo-se segura. Rabelo *et al.* (2007) identificam a alegria, a ansiedade e a insegurança, como sentimentos expressos pelas mães no momento da alta hospitalar do bebé internado numa unidade de Neonatologia. No decurso da minha prestação de cuidados nesta UCIN, foi possível identificar estes sentimentos, assim como os esforços da equipa de

Enfermagem em adequar os cuidados às necessidades individuais do RN e sua família.

De uma forma geral, considero que alcancei os objetivos por mim propostos através das atividades desenvolvidas, tendo igualmente atingido as competências de EESIP supracitadas. As maiores dificuldades neste campo de estágio foram transversais à grande maioria dos restantes locais e prenderam-se com a coordenação dos turnos com o horário do meu local de trabalho. Considero que o facto de conhecer a realidade da Unidade previamente foi uma mais valia em termos da minha integração na mesma, assim como o facto de já ter exercido funções enquanto Enfermeira na área da Neonatologia.

2.2. Urgência Pediátrica

O **EC II** decorreu numa **Urgência Pediátrica**, de 21 de Outubro a 7 de Novembro de 2014. Foram realizados turnos em contexto de Sala de Tratamentos, Triagem, assim como na Sala de Observação Pediátrica (SOPED), de forma a tomar conhecimento da dinâmica e dos cuidados prestados nos vários setores da Urgência Pediátrica. A seleção deste local de estágio teve como base a unidade hospitalar em questão, a sua área de abrangência (a mesma de outros locais de estágio), assim como também se relacionou com preferência a nível pessoal e profissional.

São recebidas todas as crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias. Também são recebidas todas as crianças com doença crónica seguidas na Consulta de Pediatria da instituição.

A equipa de Enfermagem é comum a todos estes setores, divididos em quatro equipas com horário rotativo (4/5 enfermeiros por equipa).

A sala de observação pediátrica consiste numa unidade de internamento de curta duração. Apresenta cortinas que individualizam as unidades, garantindo desse modo a privacidade. Dispõe de uma sala de Enfermagem com vidros amplos de onde se pode observar visualmente todas as unidades. É o local onde a criança permanece para estabilização do quadro clínico, ou esclarecimento de diagnóstico. O período máximo preconizado de internamento oscila entre as 24 e 48 horas. Estão destacados dois Enfermeiros para este setor. O método de trabalho é o de

Enfermeiro responsável/Individual de trabalho, sendo este encarregue da globalidade dos cuidados prestados à criança/família.

Na SOPED os pais ou outros cuidadores podem acompanhar a criança, sendo que à noite permanece apenas um acompanhante.

- Objetivos e Atividades Desenvolvidas na Urgência Pediátrica

Objetivos específicos:

- Desenvolver habilidades comunicacionais/relacionais com a criança e família em situação de doença aguda, ou crónica;
- Promover a discussão no seio da equipa de Enfermagem acerca da importância das diversas fases de desenvolvimento da criança e competências esperadas em cada fase, para a melhoria da comunicação estabelecida e qualidade dos cuidados prestados;
- Aprofundar conhecimentos relacionados com medidas não farmacológicas no controlo da dor;
- Identificar as estratégias utilizadas e sua aplicabilidade no âmbito dos cuidados não-traumáticos à criança;
- Mobilizar estratégias distrativas, durante a realização de procedimentos invasivos à criança.

Atividades desenvolvidas:

- Prestação de cuidados de Enfermagem à criança/família com doença aguda/crónica, em contexto de urgência, comunicando de forma aberta, eficaz, empática e adequada ao seu estágio de desenvolvimento e situação clínica;
- Reforço de competências e comportamentos positivos - estar atenta à comunicação não-verbal;
- Esclarecimento de dúvidas e amenização de medos e receios, sempre que possível;
- Utilização de **técnicas distrativas** (brincar), como forma de promoção da comunicação com a criança, tendo em conta o seu estado de saúde;

- Elaboração de um compêndio com base nas diretrizes do PNSIJ (2013) – Competências que devem estar presentes em cada idade e sinais de alerta (Apêndice III);
- Apresentação do compêndio à equipa de Enfermagem, tendo este ficado no serviço para consulta dos Profissionais;
- Pesquisa de normas e procedimentos de atuação existentes no serviço/pesquisa bibliográfica, face ao uso de medidas não farmacológicas/técnicas distrativas na execução de procedimentos invasivos à criança;
- Observação das medidas não farmacológicas/estratégias distrativas mobilizadas pela Equipa de Enfermagem na execução de procedimentos invasivos à criança;
- Prestação de cuidados à criança/ao jovem, mobilizando atividades promotoras do seu desenvolvimento, que facilitem a experiência do confronto com procedimentos invasivos/dolorosos, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e situação clínica.

De modo a desenvolver as Competências Específicas do EESIP: **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (E3) - “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (E3.3)** e **“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (E2) - “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/do jovem, otimizando as respostas” (E2.2)**, visei o desenvolvimento de competências a nível da comunicação com a criança e família em situação de doença aguda, ou crónica, visando o seu bem-estar, através da mobilização de **técnicas distrativas no controlo da dor**, assim como do recurso ao **brincar livre** e ao **brincar terapêutico** no decurso da minha prestação de cuidados, tendo sempre em consideração a situação clínica e a singularidade da criança.

De facto, a prevenção e o alívio da dor na criança constituem uma questão ética e um dever que valoriza o Cuidar em Enfermagem, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e respeitando-se a filosofia dos cuidados não-traumáticos.

O 5º Princípio da Carta da Criança Hospitalizada (1988) refere que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”. Existem

estratégias não farmacológicas no controlo da dor que o Enfermeiro pode aplicar, orientadas para a diminuição da perceção do estímulo doloroso, pois esta é mediada por fatores ambientais, cognitivos e motivacionais, que se encontram interligados. Compete ao EESIP, autónomo na gestão destes cuidados e na tomada de decisão, implementar esta visão na sua equipa através da formação dos seus elementos, promovendo a investigação na área, como forma de produzir evidência científica face à importância das medidas acima mencionadas, para que se possa fazer a contraposição a Schechter&Berde (2003), quando referem que os Enfermeiros não só estão pouco despertos para as vantagens e benefícios da utilização deste tipo de estratégias nos cuidados às crianças, como nem procuram recorrer à sua utilização.

De notar, ainda, que a utilização de tais técnicas constitui uma libertação do Enfermeiro do modelo biomédico, e confere-lhe o poder da ação de Enfermagem autónoma que, de acordo com o Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto Lei n.º161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto Lei n.º 104/ 98. De 21 de Abril), é a ação “realizada pelos enfermeiros, sob [a sua] única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com contributos na investigação em enfermagem”.

De acordo com as alíneas E2.2., E2.2.1, E.2.2.2. e E2.2.3 do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011, é da sua competência fazer a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas” mediante a aplicação de “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança”, garantindo a “gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e aplicando “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”. Por outro lado, de acordo com as alíneas E2.4., E2.4.2. e E2.4.3 do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011, é ainda da sua competência providenciar “cuidados à criança promotores de majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de Enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”, tendo de possuir para isso “conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança” e procurar “evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” (p. 8655).

No decorrer da realização deste EC, pude conhecer a dinâmica assistencial de Enfermagem Pediátrica e prestar cuidados de saúde especializados à criança, ao jovem e família em contexto de urgência pediátrica.

Ao longo deste período de estágio, verifiquei que grande parte das situações clínicas eram agudas e recentes. No entanto, também pude constatar que muitas das crianças e jovens que recorriam ao serviço de urgência pediátrica sofriam de patologias crónicas de base, recorrendo à urgência por desestabilização do quadro clínico, ou por situações agudas que agravavam o seu estado, devido à sua doença crónica. Por outro lado, pude também verificar que noutras situações, o utente pediátrico deslocava-se à urgência, nem sempre com necessidade de cuidados urgentes mas, algumas vezes, por ser o recurso mais acessível, isto é, aquele que daria resposta às suas necessidades imediatas de cuidados – nomeadamente para observação por especialistas, cujas consultas estavam marcadas não para breve, mas que recorrendo à urgência poderiam eventualmente ser antecipadas ou as crianças serem observadas no momento (p.e. estomatologia).

Apesar de já ter exercido funções enquanto Enfermeira num serviço de Urgência Pediátrica, numa unidade hospitalar privada em Lisboa, a realização deste EC permitiu-me interiorizar e conhecer uma visão distinta da prestação de cuidados neste contexto. A realidade a que estava acostumada em termos de urgência pediátrica englobava casos de situações agudas e recentes e muito raramente crianças com doenças crónicas ou situações específicas de contextos sócioeconómicos problemáticos.

A prestação de cuidados em contexto de SOPED, a crianças com patologia crónica possibilitou que refletisse mais especificamente acerca do papel do Profissional de Enfermagem e que desenvolvesse competências na prestação de cuidados a estas crianças/famílias, nas fases de agudização da doença, ou nas situações em que outros distúrbios/fatores afetam a saúde da criança, tendo como consequência a ida à urgência e eventual internamento.

O EESIP assume um papel primordial, centrando-se na consciencialização das suas capacidades e forças, identificando problemas, desenvolvendo estratégias para a resolução dos mesmos, e reconhecendo novas estratégias de *coping* dos pais/cuidadores destas crianças (Hockenberry&Wilson, 2013).

A minha prática foi direcionada tendo sempre em consideração os comportamentos anteriores e fatores pessoais preconizados por Nola Pender.

Na Urgência Pediátrica, as emoções dos pais são geralmente intensas e a sua capacidade de compreensão pode não estar no auge, devido ao *stress* que uma situação urgente acarreta. Como Enfermeiros devemos estar atentos e dar resposta às necessidades da criança e dos pais (de informação, proteção e respeito), tendo em conta o ambiente em que estão inseridos. Logo, uma avaliação inicial das capacidades da criança, da família e das respostas da comunidade em que se insere são importantes. O Enfermeiro deve perceber se a pessoa operacionaliza os seus objetivos, se tem capacidade de decisão, se utiliza as suas competências para dar resposta às atividades de vida diária e tem apoio quando necessita (Navarro, 2010). De acordo com cada criança e família, as necessidades eram colmatadas, procurando atingir mudanças comportamentais que trouxessem autonomia e segurança aos pais e satisfizessem os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde que passo a exemplificar: na triagem é muito frequente encontrar vários familiares que não administravam terapêutica antipirética à criança previamente à vinda ao hospital, as quais chegavam à urgência com hipertermia. Procurei demonstrar como deviam proceder numa situação futura e que tipo e dose de medicação administrar, contribuindo assim para a mudança de comportamentos. Neste setor, foi necessário ter, como preconizado na alínea E1.2.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011, “conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas”, um dos princípios da Triagem.

Pelas suas especificidades e atendendo ao seu objetivo, ou seja, o estabelecimento de prioridades tendo em vista a avaliação do tipo de cuidados necessários e a determinação da área de tratamento para onde encaminhar a criança, ou jovem, e família, o Enfermeiro de Triagem tem de ter a capacidade de tomar decisões rapidamente, pautadas por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia. Uma comunicação eficaz com a família, de modo a compreender a situação de saúde e facilitar o esclarecimento de dúvidas é imperativa em qualquer local, mas num serviço de urgência, local onde a criança, jovem e família vivem momentos de grande *stress*, é imperativa.

Na sala de tratamentos coexistem outros componentes do Modelo de Nola Pender que podem ser postos em prática, como, por exemplo, o componente - *percebe benefícios para a ação e percebe barreiras para a ação*. A autora refere que

a relação entre estes poderá influenciar a mudança de comportamento (Pender *et al.*, 2002).

Assim, se os pais perceberem a informação transmitida por parte dos profissionais, serão atingidos ganhos em saúde, atuando na mudança de comportamentos de forma eficaz. Ainda no que respeita aos *benefícios para a ação*, o Enfermeiro deve intervir no sentido de informar, esclarecer, aconselhar o quanto importante é a promoção do desenvolvimento infantil e, assim, os resultados positivos antecipados que decorrem de um comportamento de saúde, ou as representações mentais positivas serão evidentes. Porém, se existirem bloqueios negativos antecipados, percepções erradas sobre um determinado comportamento, estes aspetos vão tornar-se *barreiras para a ação*.

Durante o decorrer deste EC, nos diversos setores de atuação, tive a oportunidade de pôr em prática atividades que visavam a **promoção do desenvolvimento da criança**, adequando as **habilidades de comunicação** ao estágio de desenvolvimento da criança/ do jovem – técnicas verbais e não verbais, tendo igualmente em conta o seu estado clínico.

Mobilizei conhecimentos relacionados com a temática das **técnicas distrativas e não farmacológicas em termos da prevenção da dor** em procedimentos invasivos/dolorosos, tendo tido oportunidade de recorrer a algumas técnicas distrativas no decorrer da realização dos mesmos, nomeadamente nas idades pré-escolar e escolar: a distração, o relaxamento, as técnicas de autocontrolo (respiração profunda), o brincar, a atribuição de reforços positivos antes, durante e no final dos procedimentos (contratos de comportamento - atribuição de medalhas ou de autocolantes).

Como atividade de destaque por mim desenvolvida neste ensino clínico, considero ter sido a construção do compêndio informativo sobre a **Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada** (Apêndice III). Foram salientadas as competências específicas da criança em cada etapa de desenvolvimento, preconizadas no PNSIJ (2013), assim como os sinais de alerta, de forma a que se tenha uma ação na promoção da saúde, na deteção e encaminhamento precoce de alterações do desenvolvimento, ou situações que o possam afetar, visando prevenir e responder com apoio, à criança e família com doença aguda ou crónica. A equipa de Enfermagem considerou ser uma necessidade do serviço, pois por vezes surgiam dúvidas em termos das

competências esperadas para cada etapa do desenvolvimento, não estando disponível para consulta nenhum recurso no âmbito desta temática, pelo que o considerou uma mais valia para a melhoria dos cuidados prestados. Foi elaborado tendo em vista uma organização simples e rápida de consultar, tendo sido decorado com imagens relativas ao Departamento da Criança da unidade hospitalar em questão.

É importante que a equipa de Enfermagem esteja sensibilizada para a importância dos aspetos a avaliar nas idades-chave do desenvolvimento da criança. Não só para aprofundar os conhecimentos acerca desta temática, mas também de forma a envolver os pais nesta área, proporcionando-lhes comportamentos parentais promotores do desenvolvimento dos seus filhos.

O facto de já ter exercido funções num serviço de urgência pediátrica facilitou a realização de determinados procedimentos técnicos, no entanto, sendo um contexto diferente da realidade a que estava acostumada, fez com que “abrisse o meu olhar” e desenvolvesse competências em termos de atuação numa Urgência Pediátrica.

Considero, pelo referido previamente, ter atingido os objetivos propostos.

2.3. Centro de Desenvolvimento da Criança

O **EC III** teve lugar num **Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC)**, de 12 de Novembro a 4 de Dezembro de 2014.

A escolha deste contexto de estágio teve como principal objetivo a oportunidade de contacto e de conhecimento desta realidade de cuidados - centro de desenvolvimento infantil, realidade que desconhecia, de forma a trazer contributos para o meu projeto de estágio. Foi-me dado a conhecer no âmbito do primeiro semestre deste curso, tendo-me suscitado bastante interesse.

O estágio foi orientado por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, tendo sido explicitados a política e organização do Centro; o espaço físico; os registos de Enfermagem realizados; os critérios e principais motivos de encaminhamento; normas e protocolos; materiais utilizados; caracterização da Equipa Multidisciplinar, entre outros.

Este Centro presta serviços no âmbito preventivo, no apoio ao diagnóstico e tratamento de doenças neurológicas, agudas e crónicas, e nas perturbações do desenvolvimento psicomotor, proporcionando uma assistência eficaz e eficiente, defendendo a promoção da qualidade e da excelência. Envolvido numa dinâmica assistencial e de mediação terapêutica, em parceria direta com a comunidade, pais e educadores, este Centro junta diferentes áreas de especialidade numa mesma missão: uma assistência o mais eficaz e abrangente possível, a crianças que carecem de respostas, premiando, sobretudo, a equidade de acesso à Saúde (Carvalho, 2005).

As principais patologias referenciadas para o CDC são as seguintes: Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor; Alterações da fala e linguagem; Alterações de Aprendizagem; Perturbação da Coordenação Motora; Paralisia Cerebral; *Spina Bífida*; Défices Cognitivos; Prematuridade (RNs com ≤ 32 semanas de idade gestacional e/ou peso de nascimento ≤ 1500 g); Síndrome de *Down*, ou outras patologias a nível genético, ou malformativas; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Perturbação do Espetro do Autismo, ou outras situações patológicas que afetem o desenvolvimento infantil.

No âmbito assistencial, a equipa do CDC oferece um conjunto de consultas individualizadas em diferentes especialidades a nível terapêutico e consultas multidisciplinares para patologias mais complexas. Deste modo, o serviço prestado encontra-se dividido em: a) Consultas Gerais de Desenvolvimento, Epilepsia, Neuropediatria, Reabilitação Pediátrica e Psicologia; b) Consultas Pluridisciplinares; c) Intervenções Terapêuticas; d) Consultas de Enfermagem; e) Serviço Social e f) Educação.

Todo o ambiente foi criado a pensar na sua população alvo de referência. Assim, o ambiente além de funcional, a meu ver, proporciona toda uma atmosfera relacional muito agradável e acolhedora. O carácter lúdico, o conforto e a criatividade constituem, portanto, algumas componentes do cartão-de-visita do centro, refletidas na sua decoração e receptividade, que se estendem desde a sala de espera (espaço onde além das habituais cadeiras, estão disponíveis brinquedos, mesas, folhas e lápis de cor), até aos gabinetes/salas de consulta, e espaço técnico administrativo. As paredes que ligam todos estes espaços contam uma história a todos os que se dispuserem a acompanhar as suas pinturas, preenchidas com desenhos coloridos e atrativos.

A Equipa de Enfermagem é constituída por três elementos. Um dos elementos é responsável pelo seguimento e acompanhamento dos bebés e crianças da área da Neonatologia, sendo EESIP. As crianças que têm diagnóstico de Paralisia Cerebral de nível ≥ 3 são seguidas pela Consulta de Enfermagem por outro elemento da Equipa (Enfermeira Generalista, perita na área), assim como por outros elementos da Equipa Multidisciplinar. As crianças com *Spina* Bífida são observadas mensalmente por diversos profissionais de diferentes especialidades, incluindo Enfermeiros. As consultas de Enfermagem são realizadas por uma EESIP, sendo responsável pelo seguimento e assistência destas crianças e pelas atividades de gestão do centro de desenvolvimento.

- Objetivos e Atividades Desenvolvidas no Centro de Desenvolvimento da Criança

Objetivos específicos:

- Compreender o papel do EESIP e a sua intervenção junto da criança e família, em contexto de Consulta de Desenvolvimento Infantil;
- Aprofundar conhecimentos e perícia nesta área de intervenção de Enfermagem;
- Aperfeiçoar competências na área da prestação de cuidados a crianças com diferentes défices de desenvolvimento, em contexto de ambulatório.

Atividades desenvolvidas:

- Observação participada do papel do EESIP na prestação de cuidados à criança e família neste contexto;
- Leitura de normas, procedimentos, e intervenções de Enfermagem realizados na Consulta de Enfermagem integrada num Centro de Desenvolvimento da Criança;
- Participação em **Consultas de Avaliação do Desenvolvimento Infantil**, recorrendo à aplicação de **Escalas de Avaliação do Desenvolvimento**;
- Observação da articulação existente entre o EESIP e outras áreas de intervenção – papel na Equipa Multidisciplinar.

De forma a desenvolver a Competência Específica do EESIP: **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (E3)**, contactei com crianças com **doença crónica**, com diversos **problemas de desenvolvimento a nível cognitivo, motor e sensorial**, com várias situações clínicas, com diferentes faixas etárias e fases de desenvolvimento, tendo presenciado o fornecimento de respostas, orientações, apoios e intervenções nos mais variados âmbitos clínicos.

Este EC permitiu que aprofundasse conhecimentos na área do desenvolvimento infantil, tendo-me incitado a realizar pesquisa bibliográfica e tendo fomentado a minha vontade em querer conhecer esta realidade de cuidados, o mais profundamente que me foi possível. No decurso da realização deste EC, pude conhecer a dinâmica assistencial de Enfermagem Pediátrica num Centro de Desenvolvimento da Criança, tendo-me permitido verificar a extrema relevância da interrelação e intercomunicação entre a Equipa Multidisciplinar.

Particpei em Consultas de Enfermagem na área da Neonatologia, consultas a crianças com Paralisia Cerebral e com *Spina* Bífida, ou outros problemas de desenvolvimento. Apesar das consultas terem sido dirigidas pelas Enfermeiras responsáveis pelas famílias em questão, tive sempre em vista uma participação ativa, intervindo, se adequado.

De forma a desenvolver a competência específica **E3** do EESIP, visando atingir as unidades de competência E3.1.2: **“Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem”** e E3.1.3 **“Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil”**, assisti à aplicação de diversas **Escalas de Avaliação de Desenvolvimento**, o que me permitiu conhecer a aplicação de algumas que não conhecia de forma aprofundada, assim como adquirir estratégias para mobilizar no decurso da aplicação de outras que já conhecia.

Pude verificar a aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* no decurso das consultas de Enfermagem de Neonatologia.

No decorrer de uma Consulta com uma Pediatra do Desenvolvimento, tive oportunidade de assistir à aplicação da **Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil (Scale of Growing Skills II – SGS II)** a uma criança em que previamente havia participado na sua Consulta de Enfermagem. Esta participação nestas avaliações de desenvolvimento permitiu-me adquirir

conhecimentos na área e na sua aplicação, com profissionais que aplicam estas escalas diariamente, trazendo, sem dúvida, benefícios para a minha aprendizagem e sua futura aplicação no contexto do meu serviço.

Tive igualmente oportunidade de proceder à aplicação desta escala a uma criança de 5 anos, com *Spina* Bífida, tendo sido uma experiência bastante enriquecedora, pois permitiu um verdadeiro contacto com a criança e família. A avaliação decorreu sem intercorrências, tendo aplicado todos os parâmetros possíveis de realizar e recorrido aos vários recursos adequados à sua idade e patologia. Após realizar esta avaliação, senti que não foi uma avaliação “isolada”. Verifiquei que já tenho a capacidade de relacionar e mobilizar com maior segurança vários conceitos no âmbito do desenvolvimento infantil, atribuindo relevo a determinados aspetos inerentes à unidade familiar e sua funcionalidade/adaptação a um filho que sofre de *Spina* Bífida...

Após ter exposto o meu interesse nesta Escala de Avaliação de Desenvolvimento específica, e sabendo que no CDC tinham a mala com o material de aplicação da mesma, questionei a minha Enfermeira de referência por que razão a Equipa de Enfermagem não aplicava a escala em crianças referenciadas, já que apresentam uma consulta de Enfermagem estruturada, aplicando a Escala de *Mary Sheridan* Modificada.

Sendo a *SGS II* uma Escala que foi construída com base no trabalho realizado por *Mary Sheridan* e que posteriormente foi testada e melhorada, porque não utilizá-la? Segundo o que me foi transmitido, esta avaliação de desenvolvimento infantil é realizada pelos Pediatras do Desenvolvimento em contexto de consulta. Consequentemente, não faz sentido a Equipa de Enfermagem realizar este tipo de avaliação. A equipa recorre, no entanto, à aplicação da Escala de *Mary Sheridan* Modificada para identificar sinais de alarme e articular com a Pediatra do Desenvolvimento, sempre que exista necessidade. No entanto, sempre que a criança não seja seguida em Consulta de Desenvolvimento e o profissional de Enfermagem identifique a necessidade de realização de uma avaliação de desenvolvimento mais pormenorizada e que possa fornecer um perfil de competências, como o que é possível obter através da aplicação do *SGS II*, esta poderá eventualmente ser realizada no âmbito da Consulta de Enfermagem. A equipa demonstrou interesse em desenvolver competências na aplicação da escala, frequentando formações externas na área.

No seguimento deste aspeto, pude assistir à aplicação da Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths* (0-2 anos), realizada por uma Psicóloga, que me referiu que, se possível, só a realizam com a criança, sem os pais presentes. Na que assisti estavam a criança e os pais...

Esta avaliação foi realizada a uma criança com 37 meses de idade cronológica, tendo sido uma gestação de 27 semanas e peso à nascença < 900g. Após a aplicação da escala, assisti à cotação da mesma. A criança apresentava um atraso de desenvolvimento a nível cognitivo face ao esperado para a sua idade cronológica. Estas conclusões foram comunicadas no seio da Equipa Multidisciplinar, tendo sido inicialmente partilhadas com o Pediatra de Desenvolvimento que realiza o seguimento da criança. Esta atividade consistiu em mais um contributo para a minha formação e aquisição de conhecimentos no âmbito da **avaliação e promoção do desenvolvimento infantil**.

Tive oportunidade de observar o funcionamento da Equipa Multidisciplinar, assim como o papel do EESIP no que se refere às referenciações para as Equipas de Educação e de Serviço Social, para posterior encaminhamento, nomeadamente para as Equipas de **Intervenção Precoce**.

Todas as colheitas analíticas pedidas no CDC são realizadas no Centro pela equipa de Enfermagem. São agendadas segundo a disponibilidade da família e da equipa, sendo entregue aos pais, na altura, a pomada anestésica *EMLA®* (*lidocaína+prilocaína*) e explicada a sua aplicação. É igualmente entregue um pequeno folheto com todas as explicações fornecidas oralmente. Caso a colheita seja para realizar no próprio dia, o Pediatra que efetuou a respetiva requisição analítica entrega-a a um elemento da equipa de Enfermagem. É colocada a pomada anestésica. No decorrer da atuação da mesma, a criança beneficia de outras consultas ou intervenções, sendo combinado com os pais o regresso à Sala de Tratamentos cerca de uma hora após a colocação para a realização da colheita.

Particpei na realização de colheitas de sangue a crianças, tendo considerado o cuidado na prévia aplicação do *EMLA®* uma real aplicação dos cuidados não-traumáticos, associada a todo o cuidado a nível comunicacional e de preparação prévia. Apreciei bastante essa intervenção por parte da equipa do CDC.

Neste Centro, existe o Enfermeiro de referência. Cada Enfermeira cuida de crianças e famílias com patologias específicas, pois cada uma das profissionais apresenta mais perícia/experiência em determinada área de atuação. Por esta

razão, a aliança Enfermeiro-Criança-Família é muito forte, pois são seguidos durante vários anos pela mesma Profissional de Enfermagem. Considero este aspeto uma mais valia nos cuidados de Enfermagem, pois, desta forma, está presente a Filosofia dos CCF de uma forma realmente efetiva. No entanto, todas as Enfermeiras têm competência para seguir qualquer criança e família no Centro, com qualquer alteração a nível de desenvolvimento, não sendo essa divisão totalmente rígida.

Mediante o descrito, considero ter atingido os objetivos a que me propus, tendo sido uma experiência bastante positiva e enriquecedora em termos de aprendizagem no contexto da temática da avaliação e promoção do desenvolvimento infantil. Possibilitou o contacto com um Centro desta natureza, com crianças com défices a diversos níveis e suas famílias, tendo trazido igualmente contributos para a aplicação de escalas de avaliação de desenvolvimento.

2.4. Internamento de Pediatria (Cirurgia Pediátrica)

O **EC IV** ocorreu num **Serviço de Internamento de Pediatria** (Pediatria Cirúrgica), tendo decorrido de 9 de Dezembro de 2014 a 11 de Janeiro de 2015. A seleção deste local de estágio teve como principal razão o facto de ser um serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica, área em que pretendia desenvolver competências, pois no meu local de trabalho atual, presto apoio à Cirurgia Pediátrica, em contexto de ambulatório. Logo, esta experiência traria benefícios para a minha prática de cuidados diária.

Dá resposta ao internamento de 16 crianças e jovens, com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias. As crianças e os jovens internados neste serviço são principalmente encaminhados do Serviço de Urgência Pediátrica, do serviço de Urgência Central, das Consultas Externas, do Bloco Operatório e do Hospital de Dia. Adjacente a este serviço, no mesmo piso, encontra-se o Bloco Operatório e o Hospital de Dia.

Os pais/outros cuidadores alternativos podem permanecer junto das crianças, sendo que durante o dia podem estar presentes os dois – das 7h às 22h; a partir das 22h apenas pode permanecer um deles, repousando num cadeirão ao lado da cama da criança. Entre as 17h e as 18h, as crianças/os jovens podem ter duas visitas,

uma de cada vez, acompanhada por um dos pais, após 24h de permanência no serviço, e de acordo com o seu estado de saúde.

A equipa multidisciplinar é constituída por Enfermeiros, EESIP, Médicos de várias especialidades (Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Urologia, Ortopedia e Neurocirurgia), Assistentes Operacionais, pessoal administrativo, Psicóloga, Psiquiatra e Assistente Social.

O objetivo geral desta unidade é prestar cuidados globais e específicos à criança e jovem com necessidades de cuidados do foro cirúrgico.

Existe uma sala de atividades na qual uma Educadora acompanha e incentiva a criatividade, proporcionando atividades lúdicas e de aprendizagem adaptadas a cada criança.

Nas situações de intervenções cirúrgicas com necessidade de internamento, o acolhimento e admissão da criança/do jovem e família são realizados no Serviço de Cirurgia Pediátrica. As crianças e jovens a ser submetidos a intervenções cirúrgicas programadas em regime de ambulatório (alta no próprio dia), dão entrada no Hospital de Dia, sendo o recobro realizado na Enfermaria de ambulatório, que dispõe de cinco vagas.

- Objetivos e Atividades Desenvolvidas no Internamento de Pediatria (Cirurgia Pediátrica)

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências na aplicação de **atividades promotoras do desenvolvimento** em crianças internadas por doença aguda/crónica, ou cirurgia programada;
- Minimizar os stressores da hospitalização, quando possível;
- Desenvolver **habilidades comunicacionais/relacionais** com a criança/família em situação de doença aguda/crónica.

Atividades desenvolvidas:

- Pesquisa de normas e protocolos inerentes ao Serviço;
- Prestação de cuidados de Enfermagem à criança/ao jovem com doença aguda/crónica;

- Preparação pré-operatória das crianças/família em situações de cirurgias programadas/urgentes;
- Observação das intervenções da Equipa de Enfermagem face à implementação de **atividades promotoras do desenvolvimento infantil** nas crianças internadas;
- Acompanhamento e participação em todo o processo de cuidados: **acolhimento, fases pré e pós-operatória, alta/transferência**;
- Recurso ao **brincar terapêutico; estratégias distrativas**; medidas não farmacológicas de controlo da dor;
- Elaboração de documento relativo à temática dos **stressores da hospitalização**, relativamente aos diferentes estádios de desenvolvimento infantil, salientando os mais evidentes em contexto de serviços de internamento de Cirurgia (Apêndice IV).

De forma a desenvolver a Competência Específica do EESIP: “**Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.**” (E2.5), prestei cuidados a várias crianças com doença aguda, ou crónica, tendo tido oportunidade de participar nos cuidados a dois jovens vítimas de acidentes de viação, com politraumatismos, inúmeras intervenções cirúrgicas anteriores, inúmeras drenagens, requerendo uma panóplia de cuidados.

No decurso deste EC, um caso que me marcou foi o de um RN com o diagnóstico pré-natal de fibrose quística, requerendo internamento na Cirurgia Pediátrica pelos cuidados às ileostomias que apresentava. Os pais, extremamente dedicados, foram desenvolvendo competências de forma gradual nos cuidados ao seu filho. Lidar com um internamento prolongado na Neonatologia, seguido de outro internamento prolongado no serviço de Cirurgia Pediátrica... O filho desejado nasceu, no entanto, não o podem levar para casa, o filho real não é um RN saudável, como inicialmente haviam idealizado...

Melnyk *et al.* (2001) e Coffey (2006) referem que vários fatores podem influenciar o *coping* parental face à doença crónica da criança, nomeadamente: suporte social e familiar, relação com a criança, com outros membros da família e com os profissionais de saúde, recursos económicos e crenças pessoais sobre a doença. Seppänen, Kyngäs e Nikkonen (1999) constataram que os pais têm

necessidade de suporte informacional e instrumental para desenvolverem competências para cuidar da criança que possui uma doença crónica.

Com base no Modelo de Nola Pender, tive sempre em atenção os comportamentos anteriores e possíveis comportamentos, que ajudassem os pais a ganhar confiança/segurança para cuidar mais eficazmente das suas crianças.

A hospitalização significa para os pais separação da criança e das suas rotinas, sendo acompanhada de sentimentos como o medo, a impotência e a culpa. O papel do Enfermeiro é fundamental “como elemento de ligação entre a criança, os pais e outros profissionais da equipa assistencial” (Jorge, 2004, p. 39). Assim sendo, ao promover o desenvolvimento infantil, tendo em consideração os comportamentos anteriores e a valorização dos conhecimentos da família, esta vai sentir-se parte integrante da equipa assistencial, facilitando a manutenção dos laços familiares no decurso do processo de hospitalização.

No contexto da transição para a parentalidade, o Enfermeiro deve tomar conhecimento das novas necessidades dos pais, num processo de interação participativa, de forma a tomar decisões acerca dos cuidados de Enfermagem que vão ao encontro do **processo de adaptação à doença** e/ou a novos estilos de vida, resultante de transições situacionais, como sendo o caso da hospitalização de um filho (Meleis, 2005).

Segundo Coffey (2006), no que se refere à transição na parentalidade do tipo situacional, como o nascimento de uma criança com uma patologia crónica e seu eventual internamento, verifica-se que a preparação, educação e treino de habilidades contribuem positivamente para este processo. Todos os pais, perante a doença do seu filho, podem duvidar da sua competência para cuidar da criança. Esta competência pode ser severamente desafiada pelas mudanças e múltiplas ruturas que a doença provoca no seu dia-a-dia (Maltby, Kristjanson e Coleman, 2003). Jorge (2004) acrescenta que, perante a doença crónica da criança, os pais podem desenvolver as seguintes estratégias de adaptação: busca de informação, apoio social, evitamento ou inibição da ação, redução da tensão e redefinição da situação.

Particpei no acolhimento de crianças e jovens que iriam ser submetidos a cirurgias programadas, tendo experienciado todo o processo: ida ao Bloco Operatório, recebê-los no recobro; acolhimento e admissão no internamento de Cirurgia Pediátrica; preenchimento de cartas de alta/transferência, entre outros...

Ao longo deste EC recorri ao **brincar terapêutico; estratégias distrativas;** medidas não farmacológicas de controlo da dor, visando a minimização dos **stressores da hospitalização** no decurso da prestação de cuidados a crianças e jovens, mediante a sua situação clínica.

A experiência deste EC permitiu-me refletir acerca da temática dos stressores da hospitalização vivenciados pela criança, ou jovem. Desta forma, tendo aferido previamente, com a minha Enfermeira de referência, a importância/necessidade da elaboração de um documento para o serviço, relativo ao tema, este foi por mim elaborado, após a sua resposta positiva, tendo salientado os aspetos mais evidentes em contexto de internamento do foro cirúrgico. Este documento ficou no Serviço para consulta por parte dos Enfermeiros (Apêndice IV).

Pelo **Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**, os Enfermeiros devem exercer influências interpessoais favoráveis à promoção do desenvolvimento infantil, em contexto de internamento, estabelecendo uma relação terapêutica intencional e orientada, amenizando os principais stressores da hospitalização da criança, atendendo a algumas facetas descritas por Pender *et al.* (2002), como sejam: o facto de cada pessoa trazer consigo, para as situações de aprendizagem, aspetos da sua personalidade, da sua forma de interagir, os seus valores e as influências ambientais.

De modo a desenvolver a Competência Específica do EESIP: **“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.”** (E3.3.), fiquei responsável por crianças e jovens de diferentes etnias e culturas. Uma das crianças era originária da Guiné-Bissau, só falando *crioulo* com a sua mãe, tendo sido uma experiência bastante interessante e motivadora, pois gradualmente foi cada vez mais estabelecendo um maior contacto comigo, tendo, ao longo do período de internamento (que foi longo), aprendido palavras em português, comunicando, brincando e sorrindo. Inicialmente comunicávamos por gestos, algumas palavras em português, mas sobretudo por comunicação não verbal. Nas situações de realização de pensos nas Consultas de Cirurgia Plástica, a menina, mesmo após toma de terapêutica analgésica prévia, vertia algumas lágrimas. Nesses momentos, tentei acalmá-la, dando-lhe a mão e tentando transmitir-lhe força e coragem ao longo do procedimento. No entanto, outros momentos houve, em que trocámos sorrisos... Nos momentos em que não podia deambular levava-lhe

brinquedos e livros para observar os desenhos, de forma a distrair-se. A Educadora do Serviço também foi uma mais valia para esta criança.

Assim que lhe foi possível deambular, incentivei-a a ir para a Sala de Atividades. O seu olhar percorreu com interesse todos os brinquedos e crianças presentes na sala. Sentou-se numa pequena cadeira, tendo iniciado um jogo com um menino mais novo (“colega de quarto”). Passado pouco tempo estavam em competição e riam às gargalhadas..! Numa dada altura, assim que eu entrava no seu quarto, no início do turno, dirigia-me um grande: “*OLÁ!!!*”, acompanhado de um sorriso rasgado! Retribuí-a o cumprimento com enorme alegria, referindo: “ – *Ahh! Já sabes mais palavras de Português!*”. A menina e a mãe sorriam. No final do meu estágio a menina já deambulava pelo corredor do serviço cantarolando... Guardei com carinho todas estas imagens na minha memória. Segundo Diogo (2012) «Nutrir os cuidados com afeto» tem como consequências que as crianças se sintam amadas e consideradas, sendo este fator muito importante, principalmente, para o seu desenvolvimento e para as capacitar emocionalmente, assim como para os seus pais, aumentando a sua confiança nos Enfermeiros, pois sabem que os seus filhos são acarinhados, mesmo na sua ausência.

Outro desafio no decurso do meu estágio consistiu em cuidar de uma adolescente, que apresentava alguns défices cognitivos, surdez, parésia facial, decorrentes da sua patologia, comunicando, no entanto, através da escrita. Tinha um bloco de papel onde escrevia mensagens; outras vezes escrevia no seu telemóvel o que pretendia dizer. Não conseguia ligar, ou falar com a mãe ao telemóvel, devido ao seu estado clínico. Escrevíamos-lhe no seu bloco em retorno. Algumas palavras simples e curtas, compreendia através da leitura labial. Verbalizava apenas algumas palavras, no entanto, com dificuldade. Deixava-lhe muitas vezes livros da Sala de Atividades para ela ler. Ela comunicou-me que o gostava de fazer. Era uma forma de distração e de “sair das paredes do hospital”. A Educadora também deu muita companhia a esta jovem, comunicando com ela através da escrita e através de jogos.

Esta foi uma experiência de cuidados que me marcou fortemente e que me permitiu desenvolver competências específicas do EESIP, cuidando da criança/jovem em **situações de especial complexidade**. Pude desenvolver habilidades comunicacionais, relacionais, através da aplicação de atividades

promotoras do seu desenvolvimento, tendo em consideração o seu estado clínico, o seu estadio de desenvolvimento e a sua unicidade.

Recorri ao brincar enquanto veículo de comunicação com crianças em idade pré-escolar e escolar, adequando a linguagem e a abordagem nos cuidados a adolescentes/ jovens adultos. Neste EC, tive em atenção que o meu foco de intervenção se mantivesse centrado na temática do meu projeto de estágio. Porém, sinto que desenvolvi diversas aptidões no âmbito comunicacional e relacional, tendo-me confrontado com inúmeras situações benéficas e estimulantes para a minha aprendizagem e percurso para EESIP.

2.5. Cuidados de Saúde Primários (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados)

O **EC V** decorreu no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, tendo sido realizado numa **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados** na região de Lisboa.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro criou os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do SNS, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento. Estes são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. De entre as unidades funcionais consta a **Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP)**. Os princípios informadores da organização e do funcionamento das UCSP, do agrupamento de centros de saúde (ACES), são os seguintes: cada UCSP tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica. A UCSP rege-se pelos seguintes princípios: a) garantia de acessibilidade; b) globalidade de cuidados; c) continuidade de cuidados; d) qualidade.

A escolha deste local de estágio prendeu-se com a sua área de abrangência, articulação com os locais de estágio anteriores, mas também por se tratar de um CS em que poderia desenvolver os objetivos previamente traçados em termos da implementação do projeto de estágio.

No âmbito da Enfermagem Pediátrica, esta UCSP integra a consulta de vigilância de Saúde Infantil e o Programa Nacional de Vacinação. Quer na Consulta de Saúde Infantil, quer em contexto de vacinação, os pais, ou familiar prestador de cuidados, acompanham permanentemente a criança.

A consulta de Saúde Infantil funciona todos os dias (de segunda a sexta-feira), existindo o apoio de vários médicos com a Especialidade de Medicina Geral e Familiar. Em situação de urgência, a criança é sempre observada pela Enfermeira, sendo realizada uma triagem da situação. Poderá ser observada pelo seu próprio médico, no mesmo horário, ou, caso este não esteja presente, por outro, se possível, ou no Atendimento Complementar. Previamente à consulta médica é realizada a consulta de Enfermagem, que contempla para além da avaliação estatoponderal, a promoção de cuidados antecipatórios com base no programa tipo instituído pela Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil - PNSIJ (2013) e em documentação própria do CS. Esta consulta abrange todas as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias de vida. É de referir ainda, que as Enfermeiras que habitualmente realizam a consulta de Saúde Infantil são ambas EESIP, havendo mais três Enfermeiras Generalistas que estão habitualmente nas salas de vacinação, mas prestando também apoio nas Consultas de Saúde Infantil.

A área destinada ao atendimento de crianças é adjacente à da vacinação, pelo que a sala de espera é comum (há alguns brinquedos para as crianças brincarem enquanto aguardam a consulta), o espaço é amplo, existindo um fraldário e um “cantinho” de amamentação. Existe um Serviço de Saúde Escolar e está presente neste CS uma Equipa Local de Intervenção (ELI) integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

- Objetivos e Atividades Desenvolvidas em contexto de Cuidados de Saúde Primários (UCSP)

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências inerentes à **Promoção da Saúde** na área do **Desenvolvimento Infantil** em Cuidados de Saúde Primários;
- Diminuir o impacto da dor durante a realização da vacinação.

Atividades desenvolvidas:

- Realização de Consultas de Saúde Infantil, sob supervisão da EESIP, efetuando registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (parâmetros estatoponderais, desenvolvimento físico, psicomotor, psicossocial e problemas identificados);
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil com base na **Escala de Avaliação de Mary Sheridan**; transmissão de cuidados/orientações antecipatório(a)s à criança e família para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil;
- Discussão acerca do funcionamento da ELI, em relação à referenciação de crianças com problemas de desenvolvimento – SNIPI;
- Reunião com a Enfermeira de referência acerca da construção de um possível documento de apoio à consulta de Saúde Infantil, na área do desenvolvimento da criança, mediante necessidades do serviço;
- Elaboração de folhetos acerca do Desenvolvimento Infantil dos 0-6 meses (Apêndice V) e dos 9 meses aos 2 anos de vida (Apêndice VI), com base nas diretrizes no PNSIJ 2013;
- Observação e pesquisa de normas e procedimentos da gestão da dor na criança utilizados no CS durante o ato de vacinação;
- Aplicação de medidas de gestão da dor e do bem-estar da criança, de acordo com o estágio de desenvolvimento, durante a vacinação;
- Participação na prestação de cuidados à criança durante a vacinação;
- Esclarecimento de dúvidas dos pais e família face à vacinação e demonstração de uma atitude disponível perante a unidade familiar.

O acolhimento à criança e família, a colheita de dados sistematizada, a observação física com avaliação de dados estatoponderais, a explicação das diferentes etapas de crescimento e desenvolvimento e o esclarecimento de questões colocadas pelos prestadores de cuidados no decorrer das Consultas de Enfermagem, foram algumas das intervenções por mim desenvolvidas. Implicou um trabalho de mobilização do saber, mas também do saber estar para um contexto diferente, tendo constituído o culminar de todo este percurso de estágio. Neste sentido, estas atividades permitiram desenvolver, no domínio da prestação de

cuidados especializados, a Competência específica **E1 “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.”** (OE, 2009).

Foram colocadas em marcha, operações mentais complexas, suportadas por esquemas de pensamento, de forma a escolher e realizar uma ação adaptada à situação, que é por si só, a definição do exercício da competência (Perrenoud, 1999; OE, 2009).

No decorrer das consultas foram identificadas situações comuns de doença, mobilizando para isso conhecimentos já adquiridos. Como refere Le Boterf (2003), a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta.

Ao longo deste EC cuidei de crianças, jovens e suas famílias, proporcionando-lhes momentos de educação para a saúde de acordo com as suas necessidades individuais, respeitando o que é referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, acerca da Promoção da Saúde: a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família, a criança e/ou o jovem, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2011).

Sinto que contribuí para a aquisição por parte dos pais, de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança e jovem, e que estive alerta na identificação dos estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis, durante as Consultas de Saúde Infantil, pois tive oportunidade de participar em consultas de Enfermagem às mesmas famílias, em diferentes momentos, no decorrer do EC, o que facilitou a avaliação deste processo.

A DGS (2013) refere que compete aos profissionais de saúde divulgar o Programa Nacional de Vacinação (PNV), motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis. Pender *et al.* (2002) no modelo de promoção de saúde, refere que os profissionais de saúde, onde os Enfermeiros se incluem, constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do ciclo vital. Neste sentido, é importante motivar, esclarecer e incentivar a criança/família no cumprimento do PNV. Desta forma, estas atividades permitiram-me desenvolver, no domínio da prestação de cuidados especializados, a competência **E3: “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”** (OE, 2009).

Na sociedade atual o modelo de cuidados de saúde dominante é o do auto-cuidado, incentivando o indivíduo e a família a desempenhar um papel ativo no âmbito da saúde (Pender *et al.*, 2002). Por outro lado, o estilo parental e o ambiente familiar podem encorajar, ou não, comportamentos promotores de saúde, o que reforça a importância de investir a este nível. Este investimento visou cumprir a alínea E1.1.5. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011, que refere que o EESIP *“procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido de adopção de comportamentos potenciadores de saúde”*.

O PNSIJ (2013) definiu que apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar deverá ser uma meta a atingir pelos profissionais de Saúde Infantil. Uma das estratégias para alcançar este objetivo será a valorização dos cuidados antecipatórios ao bebé, como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental. Uma alta auto-eficácia para desempenhar as tarefas parentais e estabelecer e manter relações, pode aumentar a satisfação com o papel parental. Por conseguinte, os pais mais satisfeitos com o seu papel cuidam mais eficazmente dos seus filhos, resultando num melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança (Hudson, Elek e Fleck, 2001; Nystrom e Ohrling, 2004).

Segundo Reece e Harkless (1998), a auto-eficácia dos pais, relativamente aos cuidados à criança, é influenciada pelas experiências anteriores com cuidados infantis, exemplo de outros pais e encorajamento e incentivo para um cuidado de sucesso. Os Enfermeiros podem desenvolver intervenções precoces no apoio à adaptação ao papel parental, conhecendo as necessidades dos pais (Hudson, Elek e Fleck, 2001).

Mercer (2002) refere que o apoio na transição para o papel parental requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva: aumentando a sua auto-estima, respeitando as suas crenças culturais, promovendo as interações entre os pais e a criança, incentivando os pais a expressar as suas expectativas, motivando-os para aprendizagem de habilidades e percebendo as relações conjugais e o funcionamento da família. Deste modo, Soares (2008) refere que as características dos pais, as características da criança, o tipo de relação do casal, a partilha de tarefas entre o casal e as crenças culturais, são condições pessoais que influenciam a adaptação à parentalidade. No que diz respeito aos recursos sociais, os pais

valorizam o apoio material e psicológico dos familiares e amigos, a partilha de experiências e de conhecimentos.

Durante as consultas de Saúde Infantil valorizei a importância de envolver os pais na prestação de cuidados, de forma a promover um desenvolvimento infantil harmonioso, já que eles são as pessoas mais próximas da criança. Alguns pais referiam não saber como estimular a criança em casa, questionando nas consultas de saúde infantil se o seu filho estava a evoluir conforme esperado, se era o desejado para aquela faixa etária específica; questionavam igualmente quando iria demonstrar determinada aquisição em termos de desenvolvimento... Face à observação participada em inúmeras consultas, com este levantamento de necessidades, decidi, após conversa com a minha Enfermeira de referência, elaborar dois folhetos que abordassem o desenvolvimento infantil. O intuito seria fornecê-los aos pais/cuidadores da criança nas consultas de Enfermagem em determinados momentos-chave. Um deles englobava o período desde o primeiro mês ao sexto mês de vida (Apêndice V) e o outro folheto abordava o desenvolvimento infantil desde os nove meses até aos 24 meses de vida (Apêndice VI). As Enfermeiras consideraram a informação dos folhetos pertinente, com uma linguagem percetível aos pais/família da criança; os pais a quem foram distribuídos os folhetos consideraram ser uma temática relevante. O fornecimento de suporte informacional é uma atividade que por si só necessita de sustentação e validação pois, como referem Bowden & Greenberg (2005), o processo de ensino assemelha-se ao processo de Enfermagem - começa com a avaliação do problema, segue-se a planificação, a implementação e a avaliação da sua eficácia.

De forma a desenvolver a unidade de competência E2.2.: **“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/do jovem, otimizando as respostas”**, procurei aplicar medidas de **gestão da dor** e do **bem-estar** da criança, para diminuir o impacto da dor durante a realização da vacinação, ou de outros procedimentos que pudessem causar dor, ou desconforto. O próprio Guia Orientador de Boas Práticas para a Dor da OE prevê a utilização de intervenções não farmacológicas. Batalha (2010) refere várias vezes ao longo da sua obra, que o mais sério desafio que se coloca em relação a este problema é a insuficiente sensibilização e formação dos profissionais de saúde. Cabe então a cada profissional manter uma formação contínua e inteirar-se acerca dos recursos e estratégias ao seu alcance.

Aquando da primeira Consulta de Enfermagem ao RN (primeira semana de vida), na realização do diagnóstico precoce (Teste de *Guthrie*), incentivei a colocação do RN à mama, ou caso a mãe não amamentasse, realizei o procedimento ao colo da mãe, ou do pai, de forma a que o RN se sentisse mais aconchegado e contido. Também incentivei esta prática na administração vacinal. Sabe-se que há locais em que este tipo de procedimentos invasivos são realizados com as crianças deitadas numa bancada, sem o conforto do colo dos pais. Para além disso, também em muitos locais não se recorre à administração de sucrose oral a 24%, que deve ser associada à sucção não-nutritiva, previamente à realização de procedimentos que possam causar dor no RN/lactente (Hockenberry&Wilson, 2013). No meu local de trabalho recorro a estas estratégias diariamente, tendo, neste EC, tentado também mobilizar, estratégias não farmacológicas para controlo da dor, quer em lactentes, quer em crianças e jovens. Concedia tempo à criança/jovem para que verbalizasse os seus medos e preocupações, preparando-a de seguida para o procedimento a realizar, valorizando a dor no sentido de a controlar, recorrendo com frequência à distração, brincadeira, imagem guiada e respiração. Envolvia, sempre que possível, os pais/família nesses mesmos cuidados.

A realização da primeira Consulta de Enfermagem ao RN constitui assim um momento privilegiado de observação da criança e da sua interação com os pais (alínea E3.2.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 – “*avalia o desenvolvimento da parentalidade*”), sendo um momento ideal para o fornecimento de várias orientações/cuidados antecipatória(o)s aos pais acerca dos cuidados ao filho, nomeadamente acerca da posição de dormir do bebé (como medida de prevenção do Síndrome de Morte Súbita), alimentação do bebé e da mãe (observa-se o momento da amamentação, de forma a avaliar não só os reflexos do bebé, assim como as dificuldades que a mãe possa demonstrar e os cuidados a ter), cuidados ao cordão umbilical, avaliação da perda ponderal fisiológica, possibilidade de icterícia neonatal (observações que os pais poderão fazer para despiste de situação patológica vs fisiológica), hábitos intestinais e cólicas, abordagem dos acidentes mais comuns no primeiro ano de vida, devendo ser frisada a importância do Boletim Individual de Saúde da criança. Com estas intervenções ao longo deste EC, visei atingir o preconizado na alínea E3.2.5. e E3.2.6. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 – “promove a amamentação” e “envolve os pais na prestação de cuidados ao Recém-Nascido (RN)”. Tive oportunidade de participar

ativamente em várias primeiras Consultas de Enfermagem ao RN, tendo fornecido inúmeras orientações antecipatórias face aos cuidados ao mesmo, esclarecendo dúvidas, medos e receios dos pais. Em três consultas, nas quais observei o momento de amamentação no decurso da realização do teste de diagnóstico precoce, forneci aconselhamento em termos de amamentação, tendo corrigido pegas incorretas. Sendo Conselheira de Amamentação, tendo o Curso de Conselheiros em Aleitamento Materno, pude aplicar conhecimentos adquiridos, com vista à promoção de saúde da tríade familiar. Os pais estavam presentes observando o processo de correção da pega, colocando questões. As mães verbalizaram que desde o momento em que o bebé foi à mama, nunca tinham amamentado sem sentir dor, e que naquele momento, após a correção da pega, com base nas orientações por mim fornecidas, sentiam-se bem a amamentar, sem dor! Agradeceram-me, tendo referido que “...foi uma grande lição! Aprendemos muito... É o primeiro filho... Não sabemos nada...” (*sic*). Houve inclusivamente famílias que, após esta primeira Consulta de Enfermagem ao RN me questionaram se na próxima Consulta eu estaria presente. Através destas intervenções posso referir que desenvolvi a Competência Geral **D2** do EE – **“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” e “Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos”**. Foram momentos bastante gratificantes em que pude aplicar a mobilização de saberes adquiridos, tendo integrado outros saberes, através da vivência de novas experiências de cuidados.

Ao longo deste EC, adequando as medidas a tomar à singularidade de cada criança, os cuidados prestados incidiram em vários aspetos, nomeadamente: na análise de alterações desde a última consulta; análise, valorização e esclarecimento de dúvidas, ou preocupações dos pais, enfatizando o seu papel no acompanhamento e cuidados à criança/ao jovem; avaliação da dinâmica familiar, através da observação direta ou indireta da interação dos diferentes elementos; avaliação do crescimento (dados antropométricos) e desenvolvimento (psicomotor, psicossocial, emocional e cognitivo), mediante questões e/ou jogos com as crianças e com base na aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* e efetuando nas idades indicadas pelo PNSIJ, os rastreios visual e auditivo; frequência/adaptação ao infantário ou escola; confirmação e promoção do

cumprimento do PNV; aconselhamentos em termos de amamentação; orientações acerca da alimentação, de acordo com as diferentes idades e necessidades individuais; cuidados de higiene oral e corporal e adoção de medidas de segurança.

No contacto com as crianças, comunicava com as mesmas tendo em conta a sua fase de desenvolvimento e o seu comportamento, adotando uma postura calma, procurando sempre colocar-me ao seu nível, utilizando linguagem simples, clara e verdadeira. Pelo descrito, considero ter atingido os objetivos propostos em articulação com o aprimorar de competências de EESIP.

2.6. Implicações do tema para a prática

Segundo Fleury&Fleury (2001) **competência** consiste num saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades. Relacionar o conceito de Cuidados de Enfermagem e Competência profissional leva-nos a pensar num processo dinâmico e interativo de mobilização de saberes. A aquisição de conhecimentos na área da **Avaliação e Promoção do Desenvolvimento Infantil**, assim como o desenvolvimento de competências neste persurso para EESIP, trouxe benefícios e contributos para a minha prática de cuidados diária, pois poderei providenciar uma assistência mais eficaz, perita e informada, nas Consultas de Desenvolvimento da minha Unidade Hospitalar, assim como na aplicação de Escalas de Avaliação de Desenvolvimento, como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* e a Escala das Competências de Desenvolvimento Infantil (SGS II), de uma forma mais estruturada e informada. Trouxe igualmente contributos em termos do fornecimento de orientações antecipatórias às famílias de quem cuido, quer em contexto de Sala de Tratamentos, quer a nível da administração vacinal.

As diferentes experiências possibilitaram que vivenciasse inúmeras situações de cuidados que me permitiram crescer pessoal e profissionalmente. Como refere Lazure (1994, p.10) *“para além de desenvolver o seu saber e o seu saber fazer, a enfermeira deve também desenvolver o seu saber ser, tanto consigo própria como com o seu cliente, sem o qual a noção de crescimento pessoal se tornará inoperante para ambos.”*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No culminar desta unidade curricular, considero o balanço muito positivo. A passagem em vários locais de assistência à criança permitiu a consolidação de conhecimentos, apreender diferentes abordagens no cuidar da criança e jovem, mas também transpor saberes já adquiridos da minha prática quotidiana para a nova realidade, numa lógica de formação de adultos que, como refere Gonçalves & Serrano (2005, p.175) *“caracteriza-se pela possibilidade de autonomia, devendo o sujeito ser o agente principal da sua formação através da compreensão crítica do mundo e da vida, da consciência de si, do meio que o envolve, da cultura, na constante procura da capacidade de aprender a aprender”*.

Das competências desenvolvidas ao longo da UC, saliento, no âmbito das competências gerais, o domínio das aprendizagens profissionais.

O desenvolvimento de atividades sistemáticas, baseadas na evidência científica, para a seleção das intervenções mais eficazes nos diversos contextos e situações clínicas, permitiu uma prática mais consolidada e o desenvolvimento de conhecimentos com aplicação na prática de cuidados.

Conforme referem Fleury&Fleury (2001), é a conjugação de situações de aprendizagem que pode propiciar a transformação do **conhecimento** em **competência**. Esta transformação só acontece em contexto profissional específico, pois a realização da competência deverá não apenas agregar valor ao indivíduo, mas também à organização.

Considero como principais contributos para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, o contacto com os diferentes serviços e equipas, que me possibilitaram uma visão da assistência neonatal e pediátrica mais global e fundamentada.

Destaco também a componente teórica desenvolvida, quer previamente no decurso das sessões teóricas, quer ao longo do decorrer do desenvolvimento desta UC. É de salientar que a elaboração de documentos descritivos e reflexivos no decurso da prática, representam uma mais-valia, pois a reflexão na ação e sobre a ação, levaram-me a rever a prática, repensando-a à luz dos novos subsídios, colhidos ao longo de todo este percurso. Como refere Alarcão (2003, p. 35) “a abordagem reflexiva na formação dos profissionais (...) baseia-se no valor da

reflexão na e sobre a acção com vista à construção situada do conhecimento profissional”.

No final deste percurso sinto que o meu olhar sobre a prática e a minha intervenção na mesma, são necessariamente diferentes, estando mais informadas e refletidas... Não só pelos conhecimentos adquiridos, mas também pelas realidades com as quais contactei, mas sobretudo pela mobilização, aquisição de saberes e pela reflexão que todo este percurso implicou. Conforme refere Perrenoud (1999, p. 10): “a construção de competências (...) é inseparável da formação de esquemas de mobilização de conhecimentos (...) que se constroem ao sabor de um treinamento, de experiências renovadas, ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, treinamento esse tanto mais eficaz quando associado a uma postura reflexiva”. E foi esta a postura que procurei adotar nos diversos locais de estágio, associando os conhecimentos adquiridos ao longo da minha vida académica à prática desenvolvida nestes anos de trabalho na área da Pediatria. Através das diversas experiências de estágio, pude conhecer outras realidades de cuidados, aprender e aprimorar metodologias de trabalho, procurando melhorar procedimentos já existentes nas diferentes unidades de saúde, refletindo sobre a minha prática e sobre as filosofias de cuidados Pediátricos, visando sempre o bem-estar e a promoção da saúde da criança e família para um desenvolvimento infantil harmonioso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2003). *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- American Academy of Pediatrics (2001). Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children - Committee on Children With Disabilities. *Pediatrics*. 108 (1). 192-195.
- American Academy of Pediatrics (2012). Patient-and-Family-Centered Care and the Pediatrician's Role - Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family Centered Care. *Pediatrics*. 129 (2). 394-404.
- Balbino, A.; Cardoso, M.; Silva, R.; Moraes, K. (2012). Recém-Nascido Pré-termo: Respostas comportamentais ao manuseio da equipe de Enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*. Rio de Janeiro; 20(esp.1):615-20.
- Barros, L. (2003). *A Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. 1ª ed. Lisboa : Lidel – edições técnicas, Lda. 126 p.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil: Dos 0-5 anos*. Manual do Utilizador. 1ª Edição. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Ed. 262 p.
- Bowden, V.; Greenberg, C. S. (2005). *Procedimentos em Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 765 p.

- Brazelton, T. (2002) *Dar atenção à criança: Para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins: Terramar.
- Brazelton, T.; Greenspan, S. (2002) *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Barcarena: Editorial Presença.
- Brazelton, T. (2003) *O Grande Livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Barcarena: Editorial Presença.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. 235-253.
- Carvalho, A. *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Bragança [s.n.], 2007. Tese de Doutoramento na Área de conhecimento de Saúde Infantil, apresentada à Universidade do Minho.
- Carvalho, J. (2005). *Terapia psicomotora em contexto hospitalar*. *A Psicomotricidade*, 6, 73-78. 70.
- Casey, A. *Development and use of the partnership model of nursing care*. (1993). In Glasper, E.; Tucker, A. "Advances in Child Health Nursing". Oxford: Scutari Press, 1993.
- Caulfield, R. (2000). *Beneficial Effects of Tactile Stimulation on Early Development*. *Early Childhood Education Journal*. Vol. 27 (4).
- Coffey, J. (2006). *Parenting a Child with Chronic Illness: A Metasynthesis*. *Pediatric Nursing*. 32 (1). 51-59.
- Cruz, A. *et al.* (2007). *Para além do ninho: continuidade de cuidados*. *Ser Saúde*. Póvoa do Lanhoso: Instituto Superior de Saúde do Alto Ave. N.º 8. p. 56-70.

- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Ferrari R., Alencar G.B., Viana, D.V. (2012). Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. Vol. 3 (2). p. 660-673.
- Fleury, M., Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. RAC, Edição Especial. 183-196. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Gasparido, C.; Martinez, F.; Linhares, M. B. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. *Revista Paulista Pediátrica*. 28(1); 77-85.
- Gonçalves, I.; Serrano, T. Desenvolvimento de competências na formação dos enfermeiros. In: Sá-Chaves, I. (2005). Os “Portfólios” Reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos. 1.^a ed. Porto: Porto Editora.
- Graça, L. (2000). *Representações Sociais da Saúde, da Doença e dos Praticantes da Arte Médica nos Provérbios em Língua Portuguesa*.
- Hall, C.; Reet, M. (2000). Enhancing the state of play in children’s nursing; *Journal of Child Health Care*. 4(49). 49-54.
- Halfon, N.; Regalado, M.; Sareen, H.; Inkelas, M.; Reuland, CH, Glascoe, FP, ... (2004) Assessing development in the Pediatric Office. *Pediatrics*. 113 (5). 1926-1933.

- Harrison, T. Family Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science (2010). *J Pediatr Nurs.* 25(5). 35–343.
- Hockenberry, Marilyn J.; Wilson, David (2013) *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed. Volume I). Loures: Lusociência.
- Hudson, D., Elek, S.; Fleck, M. (2001). First-time Mothers' and Fathers' Transition to Parenthood: Infant Care Self-Efficacy, Parenting Satisfaction, and Infant Sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing.* 24. 31-43.
- Instituto de Apoio à Criança. (1988). Carta da Criança Hospitalizada. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. 214 p.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 2ª ed., Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lei nº 48/90 (Lei de Bases da Saúde) de 24 de Agosto. Diário da República - I Série. N.º195 (24-8-1990), p. 3452- 3459.
- Ludington-Hoe, SM; Johnson MW; Morgan K.; Lewis, T.; Gutman J.; Wilson PD; Scher MS. (2006). Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminar results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics.* 117(5):e909-23.

- Maltby, H.; Kristjanson, L.; Coleman, M. (2003). The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*. Nº9, p. 368–373.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3º ed. London: Lippincott.
- Melnyk, B. *et al.* (2001). Coping in parents of children who are chronically ill: strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*. 27 (6). 548-558.
- Mercer, R. (2002) *Transitions to parenthood*. Nurseweek.
- Ministério da Saúde – Administração Central do Sistema de Saúde (2008). Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/ACES_UCSP.pdf
- Mitre, R. M.; Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 147-154.
- Moreno, I. J. (2003). Sentimentos dos pais de bebés de pré-termo; Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende; 82 p. Trabalho apresentado no âmbito do 3º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.
- Navarro, P. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitário através del proceso de enfermería. *Revista electrónica Enfermería Global*. Chile.
- Nystrom, K., Ohrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 46 (3). 319–330.
- Opperman, S.C. & Cassandra, A.K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

- Ordem dos Enfermeiros (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. *Revista Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro – anotações e comentários*.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Desenvolvimento Profissional: Individualização das especialidades em Enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Suplemento da Revista (26). 9-23.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem, individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros – Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010) *Promover o desenvolvimento infantil na criança*. Cadernos OE. Série 1, nº 3, vol. 1.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da Criança*. 8ª Ed. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Grafilarte, Artes Gráficas, Lda. Lisboa. 178 p.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. & Parson, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. (4ª ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed. 90 p.
- Pimentel, J., Correia, N. & Marcelino, S. (2011). A avaliação das práticas como contributo para a promoção da qualidade dos programas de intervenção precoce. *Análise Psicológica*.1 (29). 47-65.
- Potts, N.; Mandleco, B. (2012). *Pediatric Nursing: caring for children and their families*. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
- Queiroz, N., Maciel, D., Branco, A. (2006). Brincadeira e Desenvolvimento Infantil: Um olhar sociocultural construtivista. *Paidéia*.16(34).169-179.
- Rabelo, M., *et al.* (2007). Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20. p.333-337.
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a15v20n3.pdf
- Reece, S., Harkless, G. (1998). Self-efficacy, stress and parental adaptation: Applications to the care of childbearing families. *Journal of Family Nursing*. 4. 198-215.

- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas. Diário da República II Série, N.º 35 (2011-02-18) p. 8648.
- Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, aprovado a 20 Novembro de 2010. Diário da República II Série, N.º 25 (2011-02-18) p. 8653-8655.
- Sakraida, T. Modelo de Promoção de Saúde. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência. P. 699-715.
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma Filosofia de cuidados... *NASCER E CRESCER. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. Vol. XX, n.º 1.
- Schechter, N. L.; Berde, C. B. (2003). *Pain in Infants, children and adolescents*. 2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p. 486. Vol. 1.
- Seppänen, S. M., Kyngäs, H. A., Nikkonen, M. J. (1999). Coping and social support of parents with a diabetic child. *Nursing and Health Sciences*. 1. 63-70;
- Soares, H. (2008). *O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Dissertação de Mestrado. Porto.
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*. Volume 25 (2). 24-28.
- Tamez, Raquel; Silva, Maria (2002). *Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco*; 2ª edição: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Tamez, R. N. (2009). *Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tones, K.; Tiford, S. *Health Education*. (1994). 2ª Ed. London: Chapman & Hall. 312 p.
- Viana, V., *et al.* (2005). Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 6. p. 119-130.
- Victor, J., Lopes, M., Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18(3). p. 235-240.
Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>>.
- Walker S.P., Wachs T.D., Grantham-McGregor S., Black M.M., Nelson C.A., ... (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*. 378. p. 1325-1338.
- *World Health Organization*. Ministério da Saúde (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Diapositivos da Sessão destinada à Equipa de Enfermagem da UCIN:
Método Canguru.

Método Canguru



Método Canguru...

- A Método Canguru implica colocar o bebé em contacto pele a pele com a mãe, pai, ou substitutos.



Método Canguru...Porquê?

- O seu nome está relacionado com a semelhança deste método ao cuidado que os cangurus dão às suas crias recém-nascidas, pois estes carregam-nas numa bolsa materna externa onde são mantidas quentes, aconchegadas e onde se alimentam, enquanto se desenvolvem.



Como tudo começou...

- No passado a incubadora isolava o bebé prematuro do contacto frequente com os pais e dos estímulos sensoriais.
- Pensava-se que o prematuro necessitava de ser isolado do meio ambiente, para evitar infecções, e que esses bebés eram frágeis e necessitavam de protecção contra a manipulação.

Ainda não posso ficar no quarto com a Mamãe.

Como tudo começou...

- Teve origem em Bogotá, na Colômbia, em 1979.
- Os fundadores deste método foram o Dr. Edgar Sanabria Rey e o Dr. Hector Martinez, neonatologistas em Bogotá.



Como tudo começou...

- Por falta de incubadoras para uso individual nas Unidades Neonatais, surgiu a necessidade de uma solução imediata para a sobrelotação existente.



Como tudo começou...

- Os RN eram enviados precocemente para casa, a cargo das mães, para que estas os transportassem constantemente ao peito, de modo a haver contacto pele com pele e que os alimentassem unicamente de LM.



Como tudo começou...

- Mães - "substitutas das incubadoras"



Como tudo começou...

- A partir desta experiência na Colômbia e com a sua divulgação crescente, principalmente através da OMS e da UNICEF, vários países do mundo começaram a recorrer a este método.

Método Canguru...

- Consiste em manter o recém-nascido despido, com uma fralda, e se necessário, um gorro e meias, sendo colocado sobre o peito da mãe ou do pai.
- É assim promovido o contacto pele a pele entre os pais e o bebé.

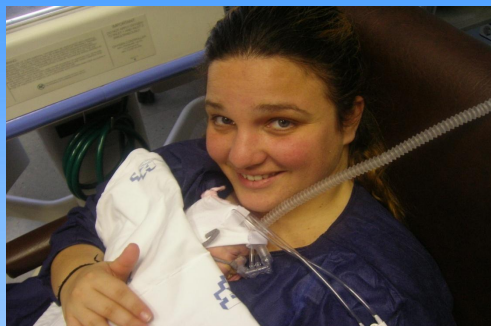


Método Canguru

- O contato pele a pele no Método Canguru começa com o toque, evoluindo até à posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente e de acordo com a **estabilidade fisiológica** do bebê (tempo mínimo aconselhável - 90 mins.).
- Deve ser realizado de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial pela equipa de Enfermagem.

Método Canguru...

- Todos os RN, ventilados, ou não, e de qualquer idade gestacional ou peso, estão aptos para a realização de Canguru, desde que o seu estado clínico esteja estável.



Condições do RN:

- Estabilidade da temperatura (36,2 a 37,2°C);
- Ausência de grandes períodos de bradicardia (≤ 90 ppm);
- Ausência de dessaturação ao manuseamento ($\leq 90\%$);
- Auto-regulação eficaz após procedimentos causadores de stress.

• Contra-indicações:

- Drenagens torácicas;
- Cateteres umbilicais;
- Transfusão sanguínea;
- Toma de medicamentos vasopressores.

- **Preparação do RN:**

- Verificar estabilidade hemodinâmica;
 - Avaliar temperatura corporal;
- O bebé deve ficar só com a fralda (RN < 1Kg devem permanecer com gorro).
- Na Método Canguru, deverão ser avaliados todos os parâmetros vitais, bem como as reações do RN, antes, durante e após o procedimento.

Método Canguru...

- A mãe ou o pai deve vestir uma camisa aberta à frente, ou uma bata da Unidade, promovendo o contacto pele a pele.
- Devem retirar todos os adornos (colares, etc.).



Método Canguru...

- Para realizar a técnica, o pai ou a mãe devem sentar-se num cadeirão, de modo a que o seu conforto durante o procedimento seja promovido, pois este deve ser um momento de prazer.
- De seguida, o enfermeiro coloca o bebé sobre o peito da mãe/pai.



Método Canguru...

- O bebé é coberto com uma manta, de modo a prevenir a ocorrência de hipotermia.





Vantagens para o bebé...

- Manutenção da **temperatura corporal** do bebé;
- Há um **ganho ponderal mais eficaz**, havendo uma **maior secreção de hormonas de crescimento**;
- Reduz o **stress** e a dor dos RN de baixo peso;



Vantagens para o bebé...

- A posição vertical do RN no peito dos pais promove uma melhor ventilação/perfusão, aumentando o **sono profundo** (45 a 65% versus 15 a 17% na incubadora) e menos ocasiões de despertar durante sono leve e profundo.
- Facilita a diminuição do RGE.

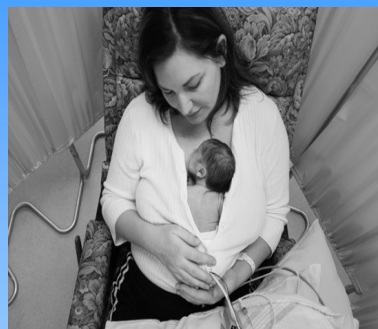
Vantagens para o bebê...

- Promove a **interação** entre o bebê e os pais;
- Proporciona um **efeito calmante**, tanto no RN como nos pais.
- ↪ Melhora a qualidade do **desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo** do RN de baixo-peso



Vantagens para o bebê...

- A posição em que o recém-nascido se encontra, faz com que este ouça os batimentos cardíacos maternos/paternos;
- Períodos de alerta mais prolongados e interativos favorece a **estimulação sensorial adequada** do RN;



Vantagens para o bebé...



- Aumento da produção de LM:
 - Estimula a **libertação de ocitocina**, acionando os mecanismos de expressão do leite;
 - Estimula a **secreção de prolactina**, aumentando a produção de leite.
- As mães amamentam mais tempo, sentem-se mais confiantes e têm menores níveis de stresse.
- Favorece o desenvolvimento dos reflexos de sucção e deglutição do RN;

Vantagens para os pais...

- A confiança e a participação dos pais nos cuidados ao seu filho são potenciadas, sendo assim capacitados a perceber e a concentrarem-se mais nas reacções e emoções do filho;
- Aumento do sentimento de auto-estima e de realização enquanto pais;



Vantagens para os pais...

- Menos receios relativamente ao tamanho do seu bebé, à sua fragilidade e ao equipamento que o rodeia;



- Reduz o tempo de separação pais-filho;

Dificuldades dos Pais

- Falta de privacidade.
 - ↳ Oferecer uma coberta;
 - ↳ Encorajar a verbalização das preocupações e preferências dos pais.
- Desconforto por estarem sentados na mesma posição por um longo período de tempo.
 - ↳ Providenciar um cadeirão confortável e reclinável, se possível.
 - ↳ Apoio de pés e almofadas.

Dificuldades dos Pais

- O RN "escorrega" pelo peito dos pais.

⇒ Colocar uma almofada ou lençol no colo dos pais para suportar os movimentos do RN.

Condições do Serviço

- A existência de espaço físico que permita a realização da Método Canguru.
- Existência de meios materiais suficientes (cadeirões/cadeiras com almofadas, cobertas, etc...)

Profissionais

- Os Enfermeiros são os principais promotores da participação dos pais neste processo.



Profissionais

- É fundamental que os enfermeiros:
 - Conheçam o Método Canguru;
 - Compreendam a sua importância;
 - Aceitem o papel fundamental dos pais;
 - Estejam disponíveis para os ouvir e esclarecer.

Referências Bibliográficas

- Canavarro, M. C. (2001). **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**; Coimbra: Quarteto Editora; p.235-253.
- Moreno, I. J. (2003). **Sentimentos dos pais de bebés de pré-termo**; Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Trabalho apresentado no âmbito do 3º Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.
- Tamez, R.; Silva, M. (2002). **Enfermagem na UTI Neonatal - Assistência ao Recém-Nascido de alto risco**; 2ª edição: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tamez, R. N. (2009). **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.



APÊNDICE II - Diapositivos da Sessão destinada aos pais de RNs internados na
UCIN: Método Canguru.

Apêndice II - Diapositivos da Sessão dirigida aos pais



Método Canguru

O Método Canguru implica colocar o bebé em contacto pele a pele com a mãe, pai, ou substitutos.



Método Canguru...Porquê?

- O seu nome está relacionado com a semelhança deste método ao cuidado que os cangurus dão às suas crias recém-nascidas, pois estes carregam-nas numa bolsa materna externa onde são mantidas quentes, aconchegadas e onde se alimentam, enquanto se desenvolvem.



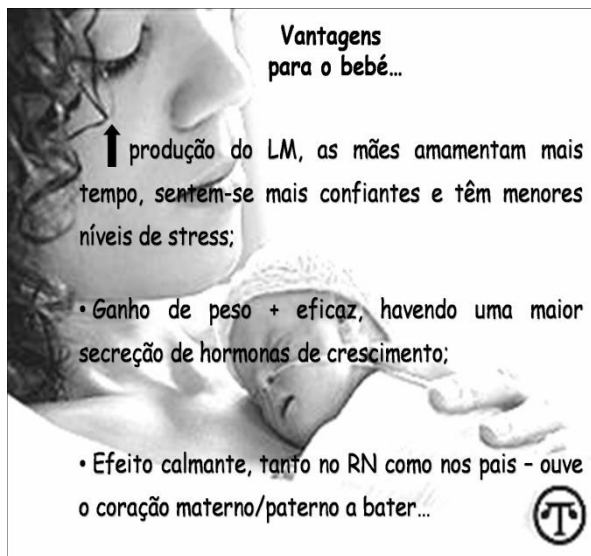
Vantagens para o bebé...

- Favorece a manutenção da temperatura corporal do bebé;
- Promove uma melhor ventilação (respiração), aumentando os seus períodos de sono profundo;
- Promove a interação RN-pais;



Vantagens para o bebé...

- ↑ produção do LM, as mães amamentam mais tempo, sentem-se mais confiantes e têm menores níveis de stress;
- Ganho de peso + eficaz, havendo uma maior secreção de hormonas de crescimento;
- Efeito calmante, tanto no RN como nos pais - ouve o coração materno/paterno a bater...



Vantagens para o bebé...

- Os períodos de agitação e de choro diminuem, mantendo períodos de alerta mais prolongados e interactivos;
- Estimula o desenvolvimento do bebé.





Vantagens para os pais...

- Aumento da confiança
- Participação
- Aumento do sentimento de auto-estima
- Realização enquanto pais




Vantagens para os pais...

- Menos receios relativamente ao tamanho do seu bebé, à sua fragilidade e ao equipamento que o rodeia;




Vantagens para os pais...

- É importante que os pais não se inibam e peçam ajuda aos enfermeiros sempre que queiram fazer Canguru...!
- Sempre que surja alguma dificuldade durante a realização da Técnica também!



Método Canguru



5º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Realizado por:

Enf.ª Ana Patrícia Lourenço

14 de Outubro de 2014

APÊNDICE III - Compêndio da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada (Urgência Pediátrica).

Desenvolvimento Infantil



Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada (PNSIJ 2013)



Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada



Para que haja constantes ganhos em saúde infantil, deve haver uma vigilância adequada do desenvolvimento da criança. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) pretende ter uma ação na promoção da saúde, na deteção e encaminhamento precoce de alterações do desenvolvimento, ou situações que o possam afetar, prevenir e responder com apoio à criança e família com doença crónica.



Esta escala aplica-se em crianças dos 0 aos 5 anos de idade, de forma a detetar precocemente a existência de alterações, e avaliar as consequências que estas possam ter na vida da criança e família, elaborando um plano de intervenção mais eficaz.

Divide-se em 4 itens globais – Postura e Motricidade Global, Visão e Motricidade Fina, Audição e Linguagem e Comportamento e Adaptação Social.

É composta pelas seguintes idades: 4-6 semanas, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 2 anos, 3 anos, 4 anos e 5 anos. O cruzamento de cada item com cada idade, contempla pontos de avaliação, baseados nas competências que devem estar presentes em cada idade avaliada (DGS, 2013).

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada: 1 - 12 Meses

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Postura e Motricidade Global 	<ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral – levanta a cabeça. • Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. • Em tração pelas mãos – a cabeça cai. • Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas. • Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. • Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. • Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. • De pé – flete os joelhos, não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos. • Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. • Em tração pelas mãos – faz força para se sentar. • Mantém-se sentado(a) sem apoio. • De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. • Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> • Passa de decúbito dorsal a sentado(a). • Tem equilíbrio sentado(a). • Gatinha. • Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina 	<ul style="list-style-type: none"> • Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. • Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. • Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. • Apresenta convergência ocular. • Faz pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem preensão palmar. • Leva os objetos à boca. • Transfere objetos. • Esquece imediatamente o objeto quando este cai. • Apresenta boa convergência (estrabismo anormal). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem preensão e manipulação. • Leva tudo à boca. • Aponta com o indicador. • Faz pinça. • Atira os objetos ao chão deliberadamente. • Procura o objeto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. • Procura um objeto escondido. • Tem interesse visual para perto e longe.

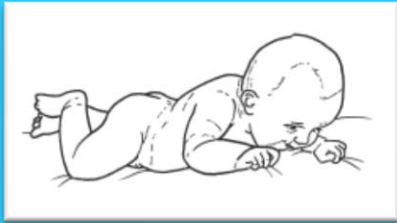
	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Audição e Linguagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segue os sons a 45 cm do ouvido. • Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. • Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem atenção rápida para os sons perto e longe. • Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. • Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. • Dá pelo nome e volta-se. • <i>Jargão</i> (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). • Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”.
Comportamento e Adaptação Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa a face da mãe quando o alimenta. • Tem sorriso presente às 6 semanas. • Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sorri. • Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a). 	<ul style="list-style-type: none"> • Leva uma bolacha à boca. • Mastiga. • Distingue os familiares dos estranhos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe pelo copo com ajuda. • Segura a colher mas não a usa. • Colabora no vestir levantando os braços. • É muito dependente do adulto. • Demonstra afeto.

Imagens Ilustrativas

Postura normal/esperada (4-6 Semanas)



1.

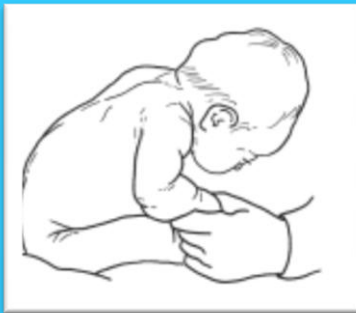


1. Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça.
Em decúbito dorsal: virando subitamente a cabeça da criança para um lado observa-se flexão / adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral (reflexo atônico assimétrico do pescoço).

2.



3.



2. Queda da cabeça se tração pelas mãos para sentar.
3. Se sentado(a), dorso em arco e mãos fechadas.

4.



4. Em suspensão ventral, cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos.

Postura normal/esperada (3-4 M)



5. Segura brevemente a roca e move-a em direção à face, ainda sem coordenação.

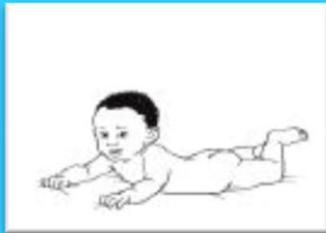


6. Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas.

Segue uma bola pendente em meio círculo horizontalmente (a 15-25 cm da face).

Convergência ocular: com uma bola pendente ou face humana, aproximar lentamente, na vertical, da face da criança.

Pestaneio de defesa: rapidamente aproximar objeto da sobrancelha da criança.



7. Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços. Membros com movimentos ritmados suaves, contínuos e simétricos.

8. Se tração pelas mãos a cabeça apresenta-se ereta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (exceto região lombar).



8.

9. Em suspensão ventral, a cabeça encontra-se acima da linha do corpo.



9.

Postura normal/esperada (6 M)

10.



Em decúbito ventral, faz apoio nas mãos com braços estendidos, levantando a cabeça.



11.

11. Faz força para se sentar e mantém-se sentado(a) sem apoio (por breves momentos):

- Sentado(a) sem apoio, independente, alcançado entre os 5-9 M;
- Dorso direito.

De pé faz apoio plantar.







Sinais de Alarme: 1-12 Meses



1 MÊS	3 M	6 M	9 M	12 M
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a). • Apresenta hipertonicidade na posição de pé. • Nunca segue a face humana. • Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). • Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não fixa, nem segue objetos. • Não sorri. • Não há qualquer controlo da cabeça. • Tem as mãos sempre fechadas. • Tem os membros rígidos em repouso. • Apresenta sobressalto ao menor ruído. • Chora e grita quando se toca. • Pobreza de movimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de controlo da cabeça. • Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. • Não olha nem pega em qualquer objeto. • Apresenta assimetrias. • Não reage aos sons. • Não vocaliza. • Tem desinteresse pelo ambiente. • Apresenta irritabilidade. • Tem estrabismo manifesto e constante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não se senta. • Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição. • Apresenta assimetrias. • Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca. • Não reage aos sons. • Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. • É apático(a), sem relação com familiares. • Engasga-se com facilidade. • Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não aguenta o peso nas pernas. • Permanece imóvel, não procura mudar de posição. • Apresenta assimetrias. • Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. • Não responde à voz. • Não brinca nem estabelece contacto. • Não mastiga.

Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada: 18 Meses – 5 Anos

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Postura e Motricidade Global 	<ul style="list-style-type: none"> • Anda bem. • Apanha brinquedos do chão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corre. • Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tem equilíbrio momentâneo num pé. • Sobe escadas alternadamente. • Desce com os dois pés no mesmo degrau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. • Sobe e desce as escadas alternadamente. • Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. • Salta alternadamente num pé.
Visão e Motricidade Fina 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 3 cubos. • Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. • Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 6 cubos. • Imita rabisco circular. • Gosta de ver livros. • Vira uma página de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 9 cubos. • Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. • Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde). 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói escada de 6 cubos. • Copia a cruz. • Combina e nomeia quatro cores básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói 4 degraus com 10 cubos. • Copia o quadrado e o triângulo. • Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.
Audição e Linguagem 	<ul style="list-style-type: none"> • Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. • Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diz o primeiro nome. • Fala sozinho(a) enquanto brinca. • Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. • Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. • Nomeia objetos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diz o nome completo e o sexo. • Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. • Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. • Apresenta linguagem compreensível. • Tem apenas algumas substituições infantis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. • Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Comportamento e Adaptação Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. • Segura a colher e leva alimentos à boca. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica necessidade de ir à casa de banho. • Começa a copiar atividades domésticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca o chapéu e os sapatos. • Usa bem a colher. • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho(a) à casa de banho. • Come com colher e garfo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. • Gosta de brincar com crianças da sua idade. • Sabe esperar pela sua vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veste-se sozinho(a). • Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). • Escolhe o(a)s amigo(a)s. • Compreende as regras do jogo.

Sinais de Alarme: 18 Meses – 5 Anos



18 M	2 A	4 – 5 A
<ul style="list-style-type: none"> • Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. • Anda sempre na ponta dos pés. • Apresenta assimetrias. • Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. • Não responde quando o(a) chamam. • Não vocaliza espontaneamente. • Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto. • Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. • Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não anda sozinho(a). • Deita os objetos fora. • Não constrói nada. • Não parece compreender o que se lhe diz. • Não pronuncia palavras inteligíveis. • Não se interessa pelo que está em seu redor. • Não estabelece contacto. • Não procura imitar. • Tem estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. • Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. • Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. • Apresenta perturbação do comportamento.

Referências Bibliográficas

- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.



Elaborado por: Ana Patrícia Lourenço

Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Novembro de 2014



APÊNDICE IV - Documento relativo à temática dos Stressores da Hospitalização
(Internamento de Cirurgia Pediátrica).

Stressores da Hospitalização

Fatores de *stress* e reações das crianças na Hospitalização



Elaborado por: Ana Patrícia Lourenço

Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Stressores da Hospitalização

Estádio de Desenvolvimento da Criança	Principais Stressores da Hospitalização
Lactentes (28 dias de vida até aos 12 meses)	Ansiedade de separação; Medo do desconhecido; Perda de controlo.
<i>Toddlers</i> (1-3 anos)	Ansiedade de separação; Medo do desconhecido; Perda de controlo e autonomia; Medo de lesão corporal e dor.
Pré-Escolares (3-5 anos)	Perda de controlo e autonomia; Medo de lesão corporal e dor – temem as máscaras e os ambientes estranhos.
Escolares (6-12 anos)	Perda de controlo e autonomia; Medo de lesão corporal e dor (menos intenso do que na idade pré-escolar); Medo da morte - temem o procedimento real da anestesia ; - temem o que pode acontecer enquanto estão a dormir, se irão acordar e se podem morrer.
Adolescentes (> 12 anos) e Jovens adultos	Medo de lesão corporal e dor; Medo da morte.

Stressores da Hospitalização

Os principais **stressores da hospitalização** vivenciados pela criança, incluem: a **ansiedade de separação dos pais**; o **medo do desconhecido**; a **perda de controlo e autonomia**; a **lesão corporal**, que resulta em desconforto, dor e mutilação; e o **medo da morte**.

A idade de desenvolvimento da criança, experiências anteriores de doença, separação, ou hospitalização; os seus mecanismos de defesa, a gravidade do diagnóstico e o sistema de apoio disponível, influenciam as reações da criança a estas crises (Hockenberry&Wilson, 2013).

É importante que o Enfermeiro observe, reflita e reduza estes stressores, pois se uma criança apresenta *stress* face a um procedimento, quanto mais stressores se acumularem, mais se potenciam entre eles, e maior se torna o potencial de *stress* e desconforto da criança.

Idades: **Lactente** – Período a partir dos 28 dias de vida até aos 12 meses; **Toddler** – 1-3 anos de idade;

Pré-escolar – 3-5 anos; **Idade Escolar** – 6-12 anos; **Adolescentes** - > 12 anos; **Jovens adultos**.

Teoria Psicossocial de Erikson: *Confiança básica versus desconfiança* (do nascimento aos 18 meses);

Autonomia versus dúvida e vergonha (**Toddler**: 12-18 meses aos 3 anos);

Teoria Cognitiva de Jean Piaget: *Estádio Sensório-motor* (do nascimento aos 2 anos).

Lactentes

Ansiedade de separação; Medo do desconhecido

Toddlers

Perda de controlo e autonomia; Medo de lesão corporal e dor.

Se os pais não podem permanecer com o seu filho durante a hospitalização, as crianças podem exibir uma variedade de respostas à presença ou à visita dos pais. A **ansiedade de separação** é o maior *stress* provocado pela hospitalização durante a primeira infância. Se a separação for evitada ou diminuída, as crianças mais novas têm uma capacidade tremenda de resistir a qualquer outro *stress*. Existem diversas manifestações de ansiedade de separação, que se dividem em diferentes fases: **fase de protesto**; **fase de desespero**; **fase de desapego**.

O *toddler* pode implorar verbalmente para os pais ficarem, podendo mostrar desagrado no seu regresso ou partida, tendo acessos de birra; recusando cumprir as rotinas habituais de refeição, dormir, ou higiene. Acessos de birra e enurese nocturna também podem ser explicados como expressões de raiva, ou podem ser uma resposta fisiológica ao *stress*.

Os *toddlers* lutam pela autonomia, sendo este objetivo evidente na maioria dos seus comportamentos. Quando os seus prazeres egocêntricos se cruzam com obstáculos, reagem com negativismo e birras. A **perda de controlo** resulta da alteração de rotinas e rituais. Quando estes são interrompidos, podem ocorrer dificuldades em algumas áreas (comer, dormir, higiene, brincar...). Têm um conceito de imagem corporal e limites do corpo pouco desenvolvido. Podem reagir a procedimentos indolores, intrusivos, tão intensamente como fazem com os dolorosos. A memória, a restrição física, as reações emocionais dos outros e a falta de preparação, determinam parcialmente a intensidade da resposta comportamental. Conseguem localizar o local da dor.

Teoria Psicossocial de Erikson: *Iniciativa versus culpa* (Pré-escolar: 4 aos 6 anos); *Mestria ou Indústria versus inferioridade* (Idade escolar: 6 anos à puberdade).

Teoria Cognitiva de Jean Piaget: *Estádio Pré-operatório* (dos 2 aos 7 anos); *Estádio das Operações concretas* (dos 7 aos 12 anos).

Pré-Escolares ⇒ **Perda de controlo e autonomia; Medo de lesão corporal e dor – temem as máscaras e os ambientes estranhos;**


Escolares ⇒ **Perda de controlo e autonomia; Medo da lesão corporal e dor** (menos intenso do que na idade pré-escolar); **Medo da morte.** (ex. **temem o procedimento real da anestesia** – temem o que pode acontecer enquanto estão a dormir, se irão acordar e se podem morrer.

As crianças em **idade pré-escolar** também sofrem de **perda de controlo**, causada pela restrição física, rotinas alteradas e dependência forçada. Têm um **pensamento egocêntrico e mágico**, que limita a sua capacidade de compreensão dos eventos, pois vêem todas as experiências da sua própria perspectiva autorreferenciada. Vêem a hospitalização, ou um procedimento invasivo como um castigo, ou uma punição. Em resposta a tal pensamento, a criança sente medo, vergonha e culpa. O pensamento pré-operatório das crianças pré-escolares, significa que elas entendem as explicações só em termo de eventos reais; têm uma incapacidade de abstração e de categorização.

As preocupações face a uma eventual mutilação são soberanas neste período. A perda de qualquer parte do corpo é ameaçadora. Os medos de castração dos rapazes pré-escolares complicam a sua compreensão de procedimentos médicos ou cirúrgicos associados à área genital (postectomia, correção de hipospádias, etc.). A sua compreensão limitada do funcionamento do corpo aumenta a dificuldade em compreender como, ou a razão de as partes do corpo serem “corrigidas”. Reagem de forma mais favorável a intervenções preparatórias, como explicação e distração. A sua expressão verbal demonstra o seu desenvolvimento avançado na resposta à tensão.

As crianças de **idade escolar**, devido à sua luta pela independência e produtividade, são particularmente vulneráveis a eventos que possam reduzir o seu sentimento de controlo e poder; a sua **perda de controlo** pode advir de papéis de família alterados, incapacidade física, medos de morte, abandono e lesão permanente. A perda de aceitação dos pares, a falta de produtividade e a incapacidade para lidar com o stress, também podem reduzir os seus sentimentos de controlo. O repouso forçado, o uso de bacio/arrastadeira, a falta de privacidade, a ajuda no banho, ou o transporte numa cadeira de rodas, podem ser uma ameaça direta à sua segurança. Uma maior sensação de controlo resulta normalmente num maior sentimento de utilidade e produtividade. **Enfatizar áreas de controlo e tirar proveito de atividades tranquilas**, especialmente passatempos e jogos, promovem a sua adaptação à restrição física.

As crianças em idade escolar preocupam-se menos com a dor do que com a **incapacidade**, **recuperação incerta**, ou **possível morte**. Uma grande preocupação é o medo de serem informadas de que alguma coisa está errada com elas. Tendem a procurar informação de forma a manterem uma sensação de controlo, apesar do *stress* e da incerteza da doença. Apreciam uma **explicação do procedimento**, ficando menos receosas ao saberem o que se vai suceder; gostam que lhes seja dada opção de escolha (por exemplo o braço para a punção endovenosa), devendo estas escolhas ser estruturadas e possíveis de concretizar. Quando as escolhas são permitidas, a criança tem uma maior sensação de controlo. Algumas crianças preferem participar no procedimento, enquanto outras optam por se distanciar, não olhando para o que está a acontecer. Começam a mostrar preocupação com os potenciais efeitos benéficos ou perigosos dos procedimentos.



Teoria Psicossocial de Erikson: *Identidade versus confusão da identidade* (Adolescente: puberdade ao jovem adulto – 12-19 anos);

Teoria Cognitiva de Jean Piaget: *Estádio das Operações formais* (dos 12 anos até à idade adulta).

Adolescentes

Jovens Adultos



Medo de lesão corporal e dor; Medo da morte.

A luta dos adolescentes pela independência, autoafirmação e liberdade, centra-se na **busca da identidade pessoal**. Embora o desenvolvimento da imagem corporal comece cedo na vida, a sua relevância é primordial na adolescência.

Lesão, dor, incapacidade e morte são vistas em termos de como cada uma delas afeta a visão dos adolescentes sobre si próprios, no presente. A **doença**, as **intervenções cirúrgicas** e a **hospitalização**, aumentam as suas preocupações. A falta de respeito pela privacidade, pode causar maior *stress* do que a dor física. Ao ocorrer a doença, os adolescentes temem que o seu crescimento possa ser retardado, deixando-os atrás dos seus pares.

Reagem à dor com autocontrolo. A resistência física e a agressão são incomuns nesta idade, a menos que não estejam preparados para um procedimento.

São capazes de descrever a sua experiência de dor e usar instrumentos de avaliação da dor desenvolvidos para adultos.

Referências Bibliográficas:

- Hockenberry, Marilyn J.; Wilson, David (2013) *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Opperman, S.C. & Cassandra, A.K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da Criança*. 8ª Ed. Amadora: Editora McGraw-Hill.

Elaborado por: Ana Patrícia Lourenço

Estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Docente Responsável: Profª Maria Manuela Soveral

Janeiro de 2015

APÊNDICE V - Folheto – Desenvolvimento Infantil (UCSP) – 0 a 6 meses.

A Família...

A Família é fundamental para fortalecer o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.



O Enfermeiro deve ser um parceiro da criança e família, acompanhando-os, esclarecendo-os e ajudando-os a vivenciar as diversas fases de desenvolvimento da criança.

Caso tenha alguma dúvida ou necessite de algum esclarecimento não hesite em contactar:

Contacto:

Saúde Infantil

Tlf:

Referências Bibliográficas:

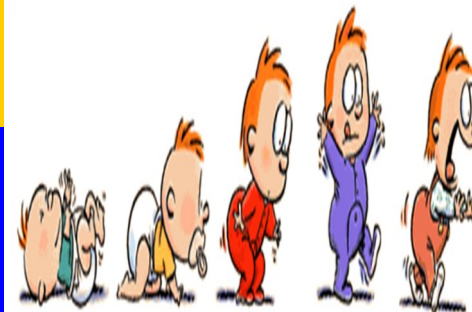
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

Elaborado por:

Ana Patrícia Lourenço — Aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Docente: Prof.ª M. Manuela Soveral

Desenvolvimento Infantil



Entre os 0 e os 6 meses

O **Desenvolvimento Infantil** é um processo vasto, que se desenrola desde a conceção, correspondendo às várias mudanças que ocorrem ao longo da vida da criança.

No entanto, cada criança tem o seu próprio ritmo.

Os **Sinais de Alarme** podem indicar alterações do desenvolvimento normal, ou esperado da criança.

O que é que o seu filho será capaz de fazer...?

1º Mês - Mês e meio

- Deitado de barriga para baixo levanta a cabeça;
- Quando puxado pelas mãos, a cabeça cai;
- Mãos fechadas;
- Pára e pode voltar os olhos ao som de uma roca, sineta, ou voz a 15 cm do ouvido;
- Fixa a face da mãe quando o alimenta;
- Chora quando desconfortável.
- **Sinais de Alarme :**
 - Ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição de sentado;
 - Nunca segue a face humana;
 - Não vira a cabeça ou olhos para o som;
 - Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

Como estimular o seu filho...? - 1º Mês - Mês e meio

- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto do bebé, a uma distância um pouco maior do que 20 cm;
- Fazer-lhe uma massagem corporal suave, observando-o;
- Conversar com carinho, embalá-lo; olhar olhos nos olhos; sorrir para o bebé; manter a voz suave;
- Proporcionar momentos calmos, limitando as visitas e ambientes com muitos estímulos.

O que é que o seu filho será capaz de fazer...?

3º Mês

- De barriga para baixo apoia-se nos braços;
- Mantém as mãos abertas - brinca com elas;
- Segura um objeto e move-o em direção à face;
- Atende e volta-se aos sons;
- Sorri e interage à aproximação de uma face familiar;
- **Sinais de Alarme :**
 - Não fixa nem segue objetos;
 - Não sorri;
 - Não controla a cabeça;
 - Permanece sempre com as mãos fechadas;

Como estimular o seu filho...? - 3º Mês

- Conversar com a criança, imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais;
- Ouvir músicas suaves; dançar, em ritmo suave, com o bebé ao colo; cantar;
- Mudar o bebé de posição, evitando que esteja deitado muito tempo na mesma posição;
- Dar-lhe objetos para segurar. Colocar objetos pendentes para que o bebé os possa seguir; - Respeitar a hora de dormir.

O que é que o seu filho será capaz de fazer...?

6º Mês

- De barriga para baixo apoia-se nas mãos;
- Quando puxado pelas mãos, faz força para se sentar;
- Mantém-se sentado sem apoio;
- Quando colocado de pé, faz apoio;
- Segura os brinquedos com as mãos e transfere-os de uma mão para a outra;
- Leva os objetos à boca;
- Vocaliza sons;
- É muito ativo, atento e curioso.
- **Sinais de Alarme:**
 - Não se senta com apoio;
 - Não segue nem agarra objetos;
 - Não vocaliza;
 - Estrabismo constante.

Como estimular o seu filho...? - 6º Mês

- Oferecer brinquedos adequados como uma bola média, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de forma a estimulá-lo a passar o brinquedo de uma mão para a outra;
- Colocar o bebé num tapete de brincar e incentivá-lo a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe;
- Sentá-lo com apoio para que possa participar no ambiente que o rodeia;
- Incentivar para que faça novos sons com a boca.
- Conversar e dançar com o bebé.

APÊNDICE VI - Folheto – Desenvolvimento Infantil (UCSP) – 9 meses a 2 anos.

Como estimular o seu filho...?

18º Mês

- Ensinar a «rabiscar» num papel; realizar atividades com música, incentivando-o a cantar e a dançar;
- Demonstrar o que é e o que não é perigoso;
- Elogiá-lo quando for capaz de fazer algo sozinho;
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem;
- Ensinar a guardar brinquedos numa caixa;
- Pedir-lhe que olhe e repita o nome de partes do corpo de um boneco.

O que é que o seu filho será capaz de fazer...?

24º Mês (2 anos)

- Corre com segurança;
- Sobe e desce escadas com os dois pés no mesmo degrau, apoiando-se no corrimão/parede;
- Diz o primeiro nome;
- Fala sozinho enquanto brinca. Junta 2 ou mais palavras, construindo frases curtas;
- Nomeia objetos familiares e figuras;
- Gosta de ver livros, vira uma página de cada vez;
- Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares;
- Usa bem a colher. Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.

• Sinais de Alarme:

- Não anda sozinho;
- Não procura imitar;
- Não estabelece contacto;
- Não parece compreender o que se lhe diz.

Como estimular o seu filho...?

24º Mês (2 anos)

- Incentivá-lo a saltar ao «pé coxinho», a correr, a saltar à corda;
- Estimular a arrumação e a imitação;
- Ajudá-lo a pronunciar as palavras, estimulando-o de forma positiva;
- Oferecer-lhe tintas para que mexa e desenhe;
- Contar-lhe histórias e dar-lhe *puzzles* para fazer;
- Pedir-lhe ajuda em pequenas tarefas diárias;
- Dar-lhe oportunidade para que demonstre os seus pensamentos e desejos, mantendo os limites;
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites, não cedendo à chantagem da criança.

A Família...

A Família é fundamental para fortalecer o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

O Enfermeiro deve ser um parceiro da criança e família, acompanhando-os, esclarecendo-os e ajudando-os a vivenciar as diversas fases de desenvolvimento da criança.

Caso tenha alguma dúvida ou necessite de algum esclarecimento não hesite em contactar

Saúde Infantil:

Tlf:

Referências Bibliográficas:

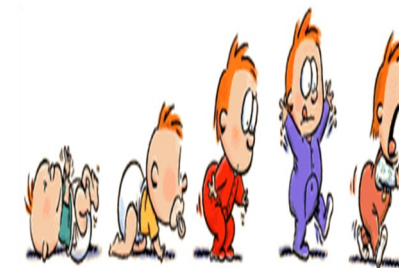
Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

Elaborado por:

Ana Patrícia Lourenço — Aluna do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Docente: Prof.ª M. Manuela Soveral

Desenvolvimento Infantil



Entre os 9 meses e os 2 anos

O **Desenvolvimento Infantil** é um processo vasto, que se desenrola desde a conceção, correspondendo às várias mudanças que ocorrem ao longo da vida da criança.

No entanto, cada criança tem o seu próprio ritmo.

Os **Sinais de Alarme** podem indicar alterações do desenvolvimento normal, ou esperado da criança.

O que é que o seu filho será capaz de fazer...?

9º Mês

- Repete sílabas ou sons pronunciados por adultos;
- Tem atenção rápida para os sons que estão perto e longe;
- Leva tudo à boca;
- Aponta com o dedo indicador;
- Atira objetos ao chão e procura-os;
- Mastiga;
- Senta-se sozinho e permanece 10 a 15 mins. sentado;
- Distingue os familiares dos estranhos;

• Sinais de Alarme:

- Não se senta;
- Não reage aos sons;
- Não leva objetos à boca;
- Permanece sentado e imóvel, sem procurar mudar de posição;
- Não se relaciona com familiares;
- Tem estrabismo.

Como estimular o seu filho...? - 9º Mês

- Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento;
- Colocar objetos em cima de uma cadeira, para que tente pôr-se de pé, colocando um tapete à volta, caso caia;
- Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa;
- Oferecer papel para que o amasse e rasgue;
- Brincar ao «esconde»;
- Ser firme e terno no «não»;
- Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...);
- Imitar sons de animais e objetos, pedindo para a criança imitar.

O que é que o seu filho será capaz de fazer...?

12º Mês

- Gatinha; Tem equilíbrio sentado;
- Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou das duas mãos;
- Explora os objetos e atira-os sistematicamente ao chão;
- Procura um objeto escondido;
- Interesse visual para o perto e para o longe;
- Volta-se se ouvir o seu nome;
- Compreende ordens simples: “dá cá” e “adeus”;
- Bebe pelo copo com ajuda;
- Segura a colher, mas não a usa;
- Colabora no vestir, levantando os braços;
- Demonstra afeto.

• Sinais de Alarme:

- Não aguenta o peso nas pernas;
- Permanece imóvel — não procura mudar de posição;
- Não pega nos brinquedos, ou fá-lo só com uma mão;
- Não brinca nem estabelece contacto; Não responde à voz; Não mastiga.

Como estimular o seu filho...? - 12º Mês

- Reagir calmamente e com firmeza às birras;
- Deixar que a criança explore o ambiente, com supervisão;
- Manter os rituais do sono;
- Oferecer cubos; dar-lhe vários objetos para as mãos;
- Incentivar para que a criança peça quando quer alguma coisa, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja.

O que é que o seu filho será capaz de fazer...?

18º Mês

- Anda bem; Apanha brinquedos do chão;
- Faz rabiscos numa folha, mostrando preferência numa mão;
- Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez;
- Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais;
- Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos;
- Segura a colher e leva alimentos à boca; bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com as duas mãos.

• Sinais de Alarme:

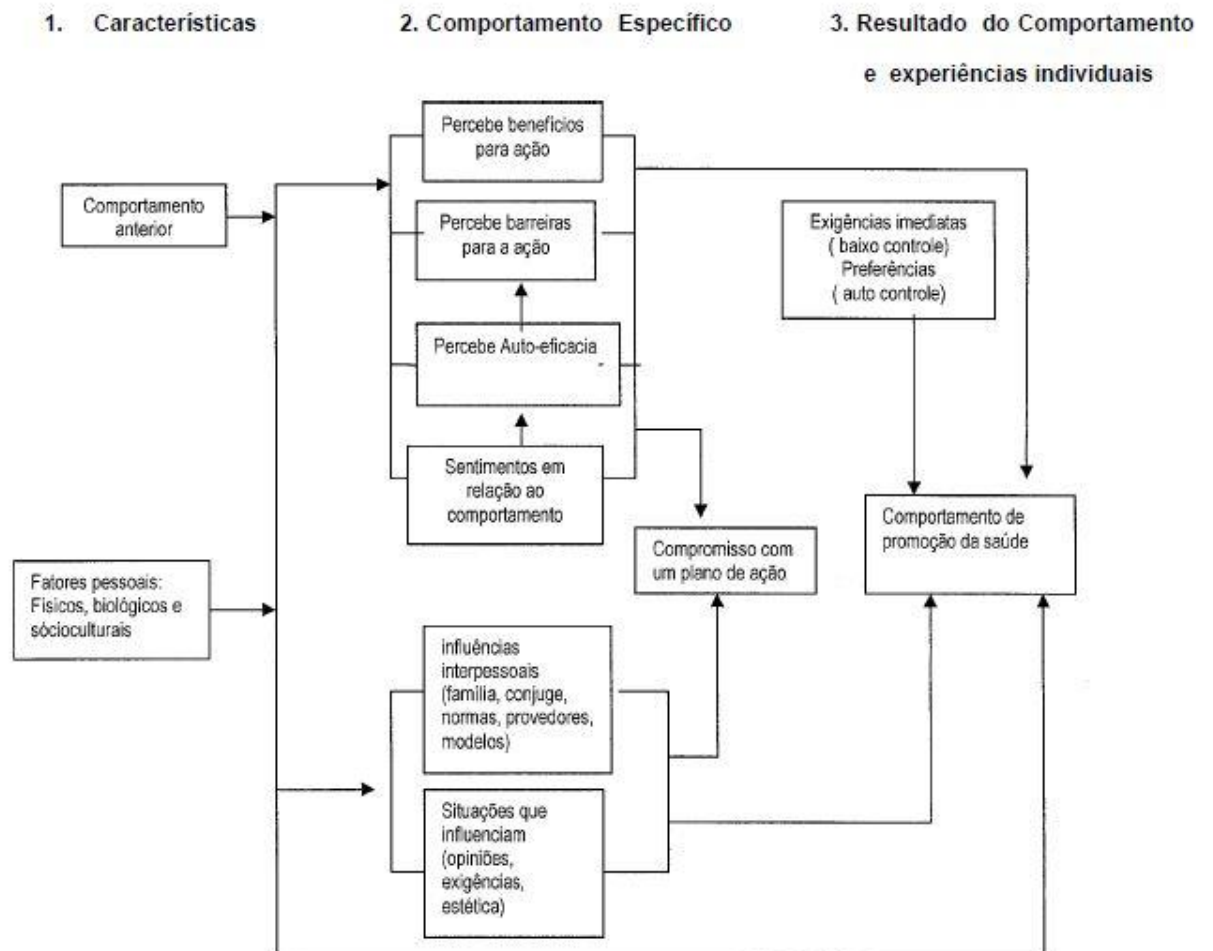
- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas;
- Anda sempre na ponta dos pés;
- Não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador;
- Não responde quando o chamam;
- Não vocaliza espontaneamente;
- Não se interessa pelo que o rodeia;
- Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca;
- Tem estrabismo.

ANEXOS

ANEXO I - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

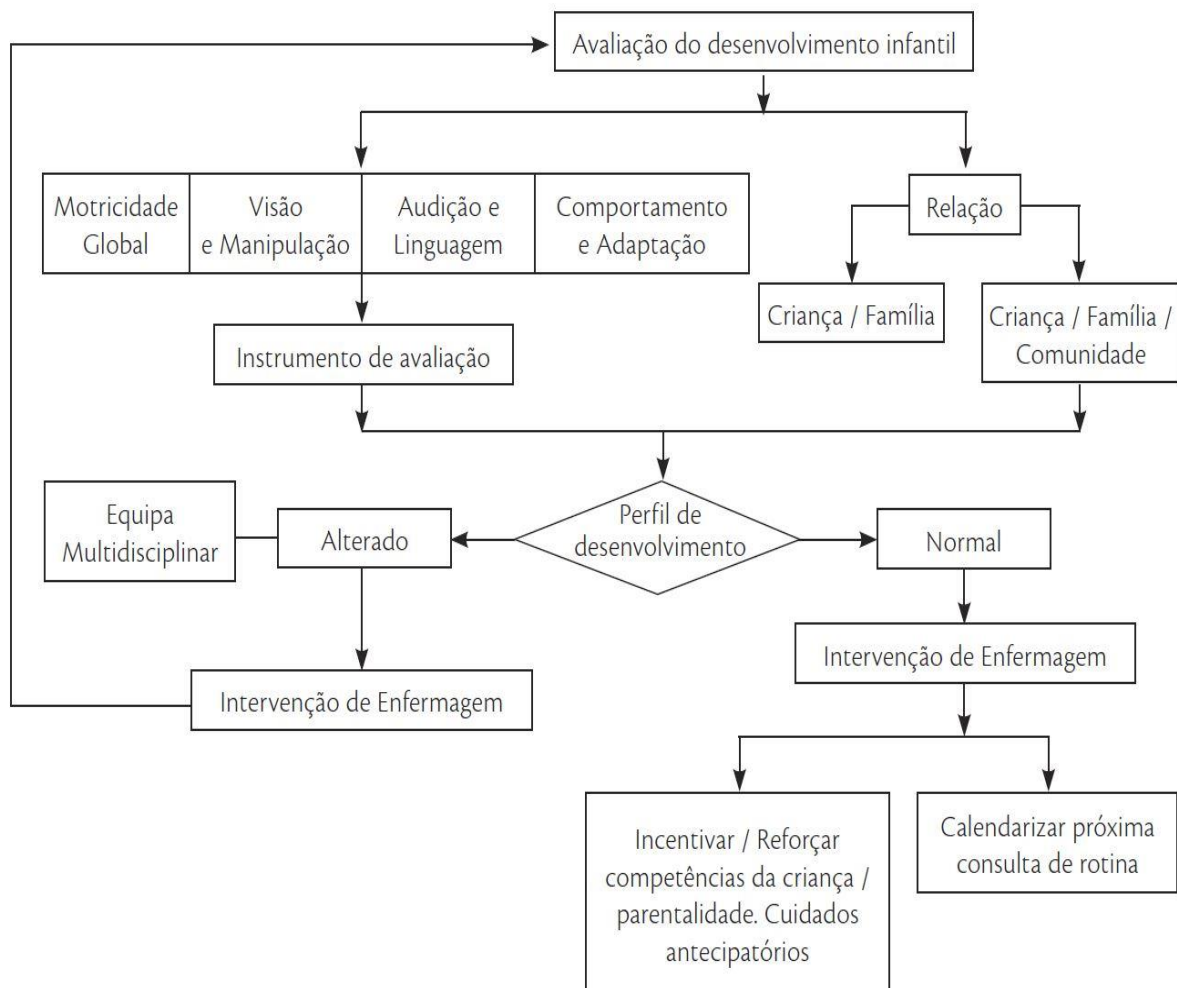
- Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde



Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice* In Victor, et al. (2005). *Acta Paul Enferm.*18(3).

ANEXO II - Diagrama referente à Avaliação do Desenvolvimento Infantil

DIAGRAMA REFERENTE À AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL



In Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Promover o desenvolvimento infantil na criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 73).

